



## Protected Health Information Authorization for Release, Use, and Disclosure

\_\_\_\_\_  
Apellido    Nombre    Fecha de Nacimiento                          MRN

\_\_\_\_\_  
Dirección    Teléfono    Correo electrónico

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para divulgar mi expediente Médico a:  Mi    o     Destinatario:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona autorizada, doctor, hospital, Agencia u otros                          Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección    Fax

**ATENCIÓN PACIENTE:**

Yo entiendo y autorizo la divulgación de esta información a excepción de: \_\_\_\_\_  
Si está incluida en el registro médico, esta autorización incluye la revelación de la información protegida por: Confidentiality of HIV-Related Information Act (información y exámenes relacionados al SIDA y al VIH), Mental Health Procedures Act (desórdenes psiquiátricos), Drug and Alcohol Abuse Control Act (tratamiento para drogas y/o alcohol) según lo permitido por la ley.

**Información para ser Emitida:**                          **Fecha(s) del Servicio:** \_\_\_\_\_

- Resumen del Alta Médica                           Reporte Operatorio                           PT/OT                           Reportes de Imágenes/Radiología
  - Registros de Trauma/ Emergencia                           Clínica de Consulta Externa                           Imágenes/Radiología                           Revisión de Archivos (por cita)
  - Laboratorio                           Reportes de Patología                          (no disponibles por MyTowerHealth)                           Audición y Habla
  - Resumen de Registros Médicos= H&P, Resumen del Alta, Resultados de las Pruebas de Diagnóstico, Lista de Problemas, Medicamentos, Reportes de Alergias y Procedimientos, Electrocardiogramas, y Laboratorio
  - Resumen Electrónico = Resumen del Alta Médica, Resultados de las Pruebas de Diagnóstico, Lista de Problemas, Medicamentos, Reportes de Alergias y Procedimientos
  - Otra = \_\_\_\_\_
- Registro Médico Complete     Registro de Facturación

**Motivo de divulgación:**  Personal     Cuidado Médico Adicional     Investigación o Acción Legal     Otra: \_\_\_\_\_

Transferencia Fuera del Tower Health Medical Group a: \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir esta información VIA:  Papel     CD     Correo Electrónico Seguro     MyTowerHealth Patient Portal     Otra: \_\_\_\_\_  
CD # \_\_\_\_\_

Yo entiendo lo siguiente: Yo puedo revocar la autorización por escrito en cualquier momento; esta revocación no aplicará a la información que ya ha sido revelada en respuesta a esta autorización. La información revelada en respuesta a esta autorización puede volver a ser divulgada por el recipiente, y ya no estará más protegida bajo los términos de esta autorización. Tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud para ser usada o divulgada según lo permitido por la ley. Puedo negarme a firmar esta autorización y sé que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, o mi elegibilidad para beneficios (si es que corresponden). Pottstown Hospital podrá cobrar por la copia del registro médico de acuerdo con la ley de PA, 42 Pa. C.S. §6152. Entiendo que este consentimiento expirará en 90 días a partir de la fecha que se encuentra a continuación o al momento de mi muerte, cualquiera de las dos cosas que ocurriere primero.

Firma del Paciente o Representante Autorizado	Fecha	Firma del Testigo	Fecha
Nombre del Paciente con letra de molde		Nombre del Testigo con letra de molde	
Relación con el Paciente		Título/Departamento	