The Reading Hospital and Medical Center
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN, EL USO Y LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

INSTRUCCIONES: Por favor lea estas instrucciones sobre como llenar el formulario adjunto. Este formulario estipula que usted, como paciente de The Reading Hospital and Medical Center (TRHMC) autoriza el recibir o tener acceso a información sobre usted y sobre su tratamiento aquí en TRHMC, para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones médicas.
Si desea saber más sobre las políticas acerca de su privacidad, por favor refiérase a la Notificación de Prácticas de Privacidad disponibles en las áreas de registro o en la red electrónica en www.readinghospital.org.

DIVULGACIÓN A LOS DESTINATARIOS

1. Escriba su nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono en LETRA DE MOLDE en los espacios marcados.
2. Ponga una marca de cotejo en los encasillados apropiados para identificar a quien desea divulgar información sobre usted y su tratamiento en TRHMC.
   - Ponga una marca de cotejo en el encasillado marcado "yo" si usted está solicitando revisar su(s) propio(s) expediente(s) médico(s) o recibir una copia de éste(os).
   - Asegúrese de incluir la dirección donde desea que se envíe la información.

DIVULGACIÓN DE CONTENIDO

1. Identifique aquí el contenido de la información de salud que desea divulgar sobre usted y su tratamiento. Cualquier cosa que NO se mencione aquí NO se divulgará. Al marcar "Expediente Médico Completo", usted está divulgando su expediente por completo.
2. Si usted marcó "Radiografías", usted necesita saber que los documentos originales serán enviados a lugares dentro del estado de Pennsylvania. Las copias de las radiografías se enviarán a otros lugares.
3. Si usted marcó "OTRO", asegúrese de listar la información específica que usted desea que sea divulgada.

MATERIALES SENSITIVOS

1. Usted DEBE específicamente solicitar que la información sensitiva incluida en esta sección, se envíe a cualquier individuo o entidad fuera de TRHMC. Marque la información que usted desea que se divulgue a los individuos/organizaciones listados en la primera sección del formulario.
2. Si usted está divulgando información a más de un individuo/(una) entidad externa Y desea limitar el material a uno de estos individuos/entidades, entonces, complete otro formulario de Autorización para esa persona/entidad en particular.
3. Nota: Los expedientes de los resultados del examen de VIH y del Abuso de Drogas y Alcohol requieren una autorización por separado para cada requisición, así como para cada ocasión de uso y divulgación.

EXPIRACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Marque el itinerario regular de 90 días, o seleccione el itinerario que más se ajuste a su necesidad poniendo una marca de cotejo en el segundo encasillado y escribiendo las fechas. Este encasillado deberá ser utilizado para las pruebas clínicas y / o para que los pacientes especifiquen un período menor.

RAZONES PARA LA DIVULGACIÓN

1. Por favor marque todas las razones por las cuales usted está autorizando está divulgación de información de salud.
2. Si hay alguna razón que no esté listada, marque "Otros" y especifique la razón.

CONSENTIMIENTO

1. Por favor, lea esta sección cuidadosamente. Firme y feche este formulario si usted está de acuerdo con TODAS las estipulaciones.
2. Por favor, devuelva la hoja blanca de este formulario a:
   Medical Records Department
   The Reading Hospital and Medical Center
   PO Box 16052
   Reading, PA 19612-6052
3. Por favor, conserve la copia amarilla para su expediente.

The Reading Hospital and Medical Center
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN, EL USO Y LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

MRN: _____

DIVULGACIÓN A LOS DESTINATARIOS

Su Nombre _____Fecha de Nacimiento _____
mes día año

Dirección _____

Teléfono_____

Por la presente autorizo a _____a revelar, usar y divulgar información de salud acerca de mí, como se describe abajo, a los siguientes individuos o entidades.

☐ Yo (ponga su dirección abajo)
1.
_____
_____
_____

☐ OTROS (ponga la dirección abajo)
2.
_____
_____
_____

CONTENIDO DE REVELACIÓN

Fecha del Servicio:_____

☐ Radiografías
☐ Reportes de Radiología y de Imágenes
☐ Reporte Médico Completo
☐ Notas de Progreso
☐ Historial y Físico (H y F)
☐ Resumen de Alta
☐ Reportes de Operación
☐ Reportes de Laboratorio
☐ Reportes de Patología
☐ Registros de Emergencia (ECU)
☐ Clínica de Pacientes Externos
☐ Clínica familiar
☐ Terapia física/ocupacional (PT/OT)
☐ Lenguaje y Audición
☐ Resumen del Expediente Médico (H y F, Resumen de Alta, Reportes de Consulta, Reportes de Operaciones y de Procedimientos, Reportes de Patología, Electrocardiogramas, Exámenes de Laboratorio, Rayos X, reportes de imágenes)
☐ Revisar Expedientes
☐ OTROS– Liste información específica: _____

MATERIALES SENSITIVOS Yo autorizo la divulgación de la siguiente información sensitiva si es que la misma aparece en el expediente médico: (Si su expediente médico completo está siendo divulgado, marque esos espacios de información altamente sensitiva que usted está autorizando a ser divulgada):

☐ Notas de Psicoterapia
☐ Asesoría de Trabajo Social
☐ Asesoría a las Víctimas de Abuso Doméstico
☐ Asesoría de Asalto Sexual
☐ Resultados de VIH*
☐ Enfermedades Transmitidas Sexualmente
☐ Expedientes de Abuso de Drogas y Alcohol*
☐ OTROS – Liste información específica_____

Cada divulgación requiere la autorización de cada paciente.

EXPIRACIÓN DE AUTORIZACIÓN Esta autorización es válida (marque uno):
☐ De hoy en adelante hasta 90 días
☐ De _____ hasta _____ (días específicos) – Pruebas clínicas y / o para que el paciente indique un período menor únicamente.

RAZON PARA LA DIVULGACIÓN Mi información de salud está siendo divulgada o revelada por la(s) siguiente(s) razón(es) (marque todos los que apliquen)

☐ Personal
☐ Continuación de Cuidado Médico
☐ Investigación o Acción Legal
☐ Elegibilidad de Seguro/Beneficios
☐ Investigación y Revisión de Investigación
☐ Mercadeo
☐ Cambio de Doctores
☐ OTROS (Por favor especifique)_____

CONSENTIMIENTO

- Yo entiendo que puedo revocar la autorización por escrito en cualquier momento. Yo entiendo que la revocación no se aplica a información que ya haya sido divulgada como respuesta a esta autorización.

The Reading Hospital and Medical Center
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN, EL USO Y LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

- Yo entiendo que la información divulgada como respuesta a esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por el destinatario y que ya no estará protegida bajo los términos de esta autorización.
- Yo entiendo que tengo derecho a inspeccionar o a copiar la información de salud que se va a utilizar o a divulgar como lo es permitido por ley.
- Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negación a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o mi elegibilidad para recibir beneficios (si aplicara).
- Yo entiendo que The Reading Hospital and Medical Center puede recibir compensación por copiar expedientes médicos de acuerdo con la ley de Pensilvana 42 Pa.C.S. **§** 6152.

Costos, efectivos 1 de enero del 2011 por 31 diciembre 2011

Cantidad cobrada por página por páginas 1 – 20	$ 1.34
Cantidad cobrada por página por páginas 21 – 60	$ 0.99
Cantidad cobrada por página por páginas 61 – fin	$ 0.33
Cantidad cobrada por página por copias de microfichas	$ 1.97
Costo total por producción de expedientes para probar casos del Acta de Seguro Social o reclamaciones bajo cualquier otra necesidad financiera basada en beneficios Federales o del Estado	$ 25.24
Costo total por proveer expedientes requeridos por el Juez de Distrito	$19.92
Busque da y recuperación de expedientes	$19.92
Costo de lector para película de radiología	$15.00
Costo por radiografías: por placa radiográfica	$15.25

X_____ _____ _____
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FECHA CLARAMENTE ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE

X_____ _____ _____
FIRMA DEL TESTIGO FECHA CLARAMENTE ESCRIBA EL NOMBRE DEL TESTIGO

Si una persona autorizada firma el formulario, por favor explique porqué:

El paciente es: ☐ Menor ☐ Incompetente ☐ Incapacitado ☐ Muerto

Autoridad Legal ☐ Custodia Paternal ☐ Guardián Legal ☐ Ejecutor de Herencia del Difunto

☐ Poder Legal para Servicios de Salud ☐ Representante Legal Autorizado

Blanca: Copia para el Departamento Amarilla: Copia para el paciente

FOR OFFICE USE ONLY

Date received_____ Date processed_____Print name_____
Pt ID#_____ Date mailed _____ Print name_____
MRN _____ Date ID confirmed_____ Print name_____

REMOVE TISSUE PAPER BEFORE PATIENT SIGNS & DATES THIS PAGE