Penn Medicine

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Área de la etiqueta

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad/Estado/Código postal	Número de teléfono

Solicito mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) a ☐ Todas las sedes de Penn Medicine

☐ Hospital of the University of Pennsylvania ☐ Penn Presbyterian Medical Center ☐ Pennsylvania Hospital ☐ Penn Medicine at Home

☐ Chester County Hospital ☐ Lancaster General Health ☐ Penn Medicine Princeton Health ☐ Penn Medicine Doylestown Health

☐ Prácticas ambulatorias de Clinical Practices of the University of Pennsylvania (CPUP)/Clinical Care Associates (CCA) _____

☐ Otros _____

Solicito que mi PHI se divulgue a:

Nombre de la persona/entidad: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Que incluya el período de atención (enumere las fechas aplicables del tratamiento): _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Autorizo a que se divulgue la siguiente PHI de mis registros médicos:

☐ Resumen del alta	☐ Informe operativo	☐ Informes de laboratorio	☐ Informes radiológicos	☐ Imágenes radiológicas
☐ Instrucciones para el alta	☐ Registro de la sala de emergencias	☐ Electrocardiograma/ ecocardiograma/pruebas cardíacas	☐ Antecedentes y exámenes físicos	☐ Notas clínicas/sobre el progreso
☐ Registro de facturación detallado	☐ Consultas	☐ Registros de medicamentos	☐ Resumen (documentos relevantes)	

☐ Otras instrucciones: _____

Visitas de salud conductual.
Autorizo la divulgación de información de mis visitas de salud conductual, por lo cual marco "Sí" y firmo a continuación: ☐ Sí ☐ No

Visitas para trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD).
Autorizo la divulgación de información de mis visitas por SUD, por lo que marco "Sí" y firmo a continuación: ☐ Sí ☐ No

Aparte de la información sobre las visitas de salud conductual y SUD descrita con anterioridad, entiendo que **los registros que he seleccionado para su divulgación pueden contener información sobre tratamientos y pruebas genéticas, de salud conductual, VIH/SIDA y trastorno por consumo de sustancias** (por ejemplo, de visitas de atención primaria) y que, al firmar esta autorización, estoy de acuerdo con la divulgación de dicha información. Puedo elegir y tengo derecho a que me divulguen directamente mis registros para poder revisar e inspeccionar los materiales, incluida la información confidencial que no deseo que se divulgue a un tercero.

Motivo de la solicitud de información:
☐ Legal ☐ Seguro ☐ Personal ☐ Continuación de la atención ☐ Otra: _____
Método de entrega: ☐ Correo de EE. UU. (papel) ☐ CD ☐ Correo electrónico (se aplican límites de tamaño de los archivos)

Dirección de correo electrónico del destinatario: _____
Importante: Los CD/discos de imágenes no están cifrados y otras personas podrían acceder a ellos. Por lo general, el correo electrónico no es seguro y, a menudo, se envía a la dirección equivocada. Acepto estos riesgos.

AUTORIZACIÓN

Mi autorización expirará de forma automática ciento ochenta (180) días después de la fecha de la firma. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. Existe la posibilidad de que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización esté sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no esté protegida por las leyes federales o estatales pertinentes. Mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para recibir tratamiento. Al firmar este formulario, entiendo que autorizo a Penn Medicine a divulgar información como se describe con anterioridad. También entiendo que tengo a mi disposición una copia de este formulario completo que se conserva en mi expediente médico.

Firma del paciente o del representante personal	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora
Relación del representante personal con el paciente	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora

Si una persona que no es el paciente firma la autorización, indique el motivo: _____

Si la información sobre las visitas de salud conductual se divulga según lo autorizado con anterioridad, se requiere la firma del representante del hospital para validar la autorización.

Firma del representante del hospital	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora
Firma del segundo testigo para el consentimiento verbal	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora

LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Penn Medicine

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Área de la etiqueta

Instrucciones para completar la Autorización para la divulgación de información médica

1. Lea atentamente y complete todas las secciones de la Autorización para la divulgación de información médica.
2. El paciente o el representante legalmente autorizado debe firmar y fechar el formulario. Por lo general, únicamente un paciente puede autorizar la divulgación de su información médica.

   Las excepciones a la regla son las siguientes:

   a. Autorización de menores de edad: si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), la autorización debe estar firmada por un padre o tutor legal.

   b. Menores emancipados: un menor emancipado es un menor que está o ha estado casado, que está o ha estado embarazada o que se graduó de la escuela secundaria. Los menores emancipados pueden autorizar la divulgación de su información médica.

   c. Un menor al que se le haya diagnosticado una enfermedad venérea, un problema de abuso de sustancias o que haya recibido tratamiento para determinar un embarazo puede dar su consentimiento para recibir tratamiento para esa enfermedad o afección y puede autorizar la divulgación de cualquier información médica relacionada con esa enfermedad o afección.

   d. Autorización después de la muerte: la autorización debe estar firmada por el representante de la sucesión del difunto o, si no hay un albacea, el familiar más cercano podrá autorizar la divulgación de la información médica.

   e. Autorización del paciente incompetente: si el paciente es considerado incompetente, su representante legalmente autorizado debe firmar la autorización para la divulgación de información.

   f. Firma del personal: el requisito de que el personal obtenga la firma se aplica únicamente a la divulgación de información sobre salud conductual, según lo autorizado específicamente por el paciente. El miembro del personal del hospital o de la administración de registros que obtenga esta autorización del paciente o representante legalmente autorizado (ya sea por escrito, según lo atestiguado, o mediante confirmación verbal del formulario escrito) debe firmar el formulario y escribir su nombre en letra de imprenta, fecha y hora. Se requiere que un segundo testigo firme si el paciente o el representante del paciente da su consentimiento de forma verbal. Pida al testigo que firme, escriba su nombre en letra de imprenta e incluya la fecha y la hora.

Penn Medicine se reserva el derecho a solicitar pruebas de representación.

Cualquier solicitud de visita ambulatoria o al consultorio debe dirigirse al consultorio del médico en particular.

Dirección para presentar solicitudes de registro de hospitalización, Departamento de Emergencias y unidades de procedimientos ambulatorios o de corta estancia:

Hospital of the University of Pennsylvania (HUP)
3400 Spruce Street
Medical Records Department
1st Floor Silverstein - Suite 107
Philadelphia, PA 19104

Penn Presbyterian Medical Center (PPMC)
51 North 39th Street
Medical Records Department
Myrin Basement
Philadelphia, PA 19104

Pennsylvania Hospital (PAH)
800 Spruce Street
Medical Records Department
1st Floor Preston
Philadelphia, PA 19107

Chester County Hospital (CCH)
701 E. Marshall Street
Medical Records Department
West Chester, PA 19380

Lancaster General Health (LGH)
555 N. Duke Street, 1st Floor
Medical Records Department
Lancaster, PA 17604

Penn Medicine Princeton Health (PMPH)
One Plainsboro Road
Medical Records Department
Plainsboro, NJ 08536

Penn Medicine Doylestown Health (PMDH)
595 West State Street
Medical Records Department
Doylestown, PA 18901

Tenga en cuenta lo siguiente:

1. Penn Medicine cobrará por copiar los registros de conformidad con las leyes de Pensilvania, Nueva Jersey y Delaware, según corresponda. El paciente no incurrirá en costos por las imágenes y los informes radiológicos.
2. Penn Medicine no enviará información médica por facsímil a menos que la información sea necesaria para la atención del paciente y la demora en la transmisión de la información comprometa su atención.
3. Penn Medicine hará todos los esfuerzos razonables para cumplir con esta solicitud en un plazo de treinta (30) días para la información que se conserva o que se puede acceder en el sitio y en un plazo de sesenta (60) días para la información que no se mantiene en el sitio. Si Penn Medicine no puede cumplir con esta solicitud dentro de los períodos especificados, puede extender el plazo aplicable hasta por treinta (30) días mediante una notificación por escrito.
4. Penn Medicine puede denegar esta solicitud en circunstancias limitadas según lo dispuesto por la ley federal. Penn Medicine le notificará si deniega su solicitud de acceso u obtención de una copia de la información solicitada. Si Penn Medicine deniega esta solicitud, es posible que tenga derecho a que un profesional de atención médica con licencia revise la denegación de dicha solicitud. Para solicitar tal revisión, comuníquese con el Director de Privacidad de Penn Medicine a la siguiente dirección: Office of Audit, Compliance and Privacy, 3819 Chestnut Street, Suite 214, Philadelphia, PA 19104.
5. Los registros divulgados pueden contener información e imágenes creadas y preparadas por terceros que no están bajo el control de Penn Medicine. Penn Medicine no es responsable del contenido, la exactitud ni la revisión de estos registros.
6. **Los destinatarios de información sobre salud mental o VIH/SIDA no pueden volver a divulgar esa información a menos que cuenten con el consentimiento por escrito del paciente o según lo permita la ley. La regulación federal 42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de registros de trastornos por consumo de sustancias.**