



HUP    PPMC    PAH    CCH



### AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE INFORMACION MEDICA

Nombre del paciente (Nombre, Segundo nombre, Apellido(s))		Fecha de nacimiento	
Dirección		Ciudad/Estado/Código postal	Número de teléfono
<b>Información revelada: (marque todo lo que será revelado)</b> <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta <input type="checkbox"/> Informe operativo <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio <input type="checkbox"/> Imágenes de radiografías <input type="checkbox"/> Instrucciones de dada de alta <input type="checkbox"/> Registro del departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Pruebas de electrocardiogramas <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos <input type="checkbox"/> Historial y examen físico <input type="checkbox"/> Informe de Rayos-X <input type="checkbox"/> Informe de progreso <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Otras instrucciones _____ Incluyendo los periodos de cuidado (enumere las fechas de tratamiento que apliquen) _____			
<b>Registros especiales:</b> Yo entiendo que la información relacionada con mi diagnóstico o tratamiento de SIDA/VIH, cuidado y tratamiento psiquiátrica, tratamiento por abuso de drogas y alcohol pueden ser revelados como parte de mi información médica. Por favor marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) <u>Información sobre SIDA/VIH</u> <u>Cuidado/tratamiento psiquiátrico</u> <u>Tratamiento por uso/abuso de drogas o alcohol</u> <input type="checkbox"/> Si, revelar <input type="checkbox"/> Si, revelar <input type="checkbox"/> Si, revelar <input type="checkbox"/> No, revelar <input type="checkbox"/> No, revelar <input type="checkbox"/> No, revelar			
<b>Localidades de servicio:</b> <input type="checkbox"/> HUP <input type="checkbox"/> PPMC <input type="checkbox"/> PAH <input type="checkbox"/> CCH <input type="checkbox"/> Penn Home Care & Hospice Service (PHCHS) <input type="checkbox"/> CPUP/CCA consulta ambulatoria(s): _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>La información será proporcionada a:</b> Nombre de la persona o institución _____ Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____   Número de teléfono _____			
<b>Propósito/uso de la información solicitada:</b> <input type="checkbox"/> Uso personal por el paciente <input type="checkbox"/> El compartir con otros médicos de atención medica <input type="checkbox"/> Otro (describa por favor) _____			
<b>Formato:</b> <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Copia electrónica			
<b>Autorización</b> Yo autorizo a Penn Medicine que revele la información médica indicada arriba. Yo entiendo que mi autorización se vencería automáticamente en ciento ochenta (180) días después de la fecha de la firma en este formulario. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que para poder revocar esta autorización debo hacerlo por escrito. Yo entiendo que la revocación no aplicaría a la información que ya haya sido revelada en relación a esta autorización. Su rechazo a firmar esta autorización no afectara su habilidad para recibir tratamiento. Al firmar este formulario, entiendo que autorizo a Penn Medicine a revelar la información tal como se describe arriba.			
Firma del paciente o representante personal		Nombre en letra de molde	Fecha   Hora
Relación del representante personal con el paciente			Fecha   Hora
Si la autorización está firmada por alguien que no sea el paciente, favor de explicar: _____			
<b>Si la información del cuidado psiquiátrico está siendo revelada tal como lo autoriza arriba, la firma del representante del hospital validando la autorización.</b>			
Firma del representante del hospital		Nombre en letra de molde	Fecha   Hora
Firma del segundo testigo para el consentimiento verbal		Nombre en letra de molde	Fecha   Hora
Esta información ha sido revelada a usted por los registros cuya confidencialidad está protegida por la ley del estado. Las regulaciones del estado limitan su derecho a hacer cualquier otra revelación de esta información sin el consentimiento previo por escrito de la persona a quien le pertenece.			

## Instrucciones para completar la autorización para la revelación de información médica

1. Favor de llenar todas las secciones de la autorización para la revelación de información médica.
2. El paciente o el representante autorizado debe firmar y escribir la fecha en el formulario. Generalmente, solo el paciente puede autorizar la revelación de su información médica. Las excepciones a las reglas son las siguientes:
  - a. Autorización a menores- si el paciente es un menor (menos de 18 años de edad), la autorización debe ser firmada por el padre o guardián legal.
  - b. Los menores emancipados- un menor emancipado es un menor de 18 años de edad, quien está o ha estado casado, quien está o estaba embarazada o quien está graduado de la escuela secundaria.
  - c. Un menor de edad quien ha sido diagnosticado con una enfermedad venérea, problema de abuso de sustancias o quien ha sido tratado para determinar un embarazo puede dar su consentimiento para el tratamiento de dicha enfermedad o condición y puede autorizar la revelación de cualquier información médica relacionada con esa enfermedad o condición.
  - d. Autorización después del fallecimiento- una autorización debe ser firmada por los bienes del difunto o en ausencia de un albacea familiar más cercano responsable de la disposición de los restos puede dar su consentimiento para la revelación de información médica.
  - e. Autorización del paciente incompetente- si el paciente es considerado incompetente, el representante legal del paciente debe firmar la autorización para revelar la información.
  - f. Firma del personal- la firma requerida por el personal solo es requerida para la revelación de la información psiquiátrica específicamente autorizada por el paciente. El hospital o el personal de registros que obtienen autorización del paciente o de su representante legal (ya sea por escrito tal como testigo o mediante la confirmación verbal de la forma escrita) debe firmar, escribir su nombre, fecha y hora en el formulario. Se requiere un segundo testigo que firme si el paciente/representante del paciente consiente verbalmente. Favor de que el testigo firme, escriba su nombre y apellidos e incluya la fecha y hora.

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

---

La dirección para enviar solicitudes de registros de pacientes hospitalizados, el departamento de urgencias y las unidades procedimientos ambulatorios cortos:

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

Pennsylvania Hospital  
Medical Records Department  
800 Spruce Street, Ground Floor  
Philadelphia, PA 19107

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

Chester County Hospital  
Medical Records Department  
701 East Marshall Street  
West Chester, PA 19380

### Tenga en cuenta

1. Penn Medicine cobrará por hacer copia de registros de acuerdo a la ley de Pennsylvania, New Jersey y Delaware, según aplique.
2. Penn Medicine no enviará información médica por facsímil a menos que la información sea necesaria para el cuidado del paciente y la demora de la transmisión de información comprometa el cuidado del paciente.
3. La información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a otra revelación por el recipiente y puede que ya no sea protegida por la ley federal y/o estatal que pertinente.
4. Penn Medicine hará esfuerzos razonables para cumplir con esta solicitud dentro de treinta (30) días para la información que se mantiene o sea accesible en el lugar y dentro de los sesenta (60) días para que la información que no se mantiene en el mismo lugar. Si Penn Medicine no es capaz de cumplir con esta solicitud en el plazo especificado, puede extender la fecha límite aplicable por un máximo de treinta (30) días y una notificación en escrito será enviada.
5. Penn Medicine puede negar esta solicitud bajo circunstancias limitadas tales como lo indica según la ley federal. Penn Medicine le notificará si su solicitud para acceder u obtener una copia de la información solicitada es negada. Si Penn Medicine niega esta solicitud, usted tiene el derecho de que su solicitud negada sea revisada por un profesional autorizado en el cuidado de salud. Para pedir esa revisión, favor de comunicarse con el director general de privacidad de Penn Medicine en la siguiente dirección

Penn Medicine  
Office of Audit, Compliance and Privacy  
3819 Chestnut Street, Suite 214  
Philadelphia, PA 19104