

Penn State Health Medical Group- All About Children

655 Walnut Street, West Reading, PA 19611

Teléfono: 610-372-9222

FAX: 610-372-0232

Autorización para divulgar información confidencial

PARA: Establecimiento (núm. de paciente, si corresponde) Teléfono/Fax Fecha De Servicio

Hospital donde nació su hijo: _____

Último médico/clínica donde atendieron a su hijo: _____

Hospitalización/-es del paciente _____

Sala/s de emergencia _____

Otros médicos o especialistas que atendieron a su hijo _____

Para garantizar la continuidad terapéutica de este paciente, sírvase remitir copias de los registros de salud de

Nombre	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social
en la cual se incluya lo siguiente: (a menos que esté tachado)		
Historias clínicas:	Informes de laboratorio y radiología	Análisis de VIH e información relacionada
Paciente internado	Información sobre alcoholismo y drogadicción	Immunizaciones
Paciente ambulatorio	Evaluaciones de asistencia social	Análisis/evaluación psicológicos y/o educativos
Recien Nacido (Incluidos examen metabólico/genético)		Registros de proveedores de servicios médicos anteriores

Enviar por correo a: Penn State Health Medical Group- All About Children

Por fax a: 610-372-0232

655 Walnut Street, West Reading PA 19611

- Esta información, que puede incluir sensibles psiquiatría/abuso de sustancias y el VIH/SIDA y la salud mental, la información es necesaria para los fines de la continuidad de la atención médica.
- Comprendo que esta información sea divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por normas de privacidad estatales y federales.
- No tengo que firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción. No obstante, comprendo que una mejor atención de la salud puede ser proporcionada por PSHMG-AAC si son capaces de obtener estos registros. Además, entiendo que la autorización es necesaria para participar en cualquier investigación o a recibir atención médica cuando la finalidad es crear información del cuidado de la salud para un tercero
- PSHMG-AAC protegerá estos registros al mejor de su habilidad.
- Estos registros pueden ser transmitidas a partir de las fuentes citadas para PSHMG-AAC por fax o por correo.
- También entiendo que puedo revocar esta autorización (salvo en la medida en que ya se han tomado medidas) en cualquier momento, mediante comunicación escrita, fechada a cualquier organismo involucrado.
- Esta autorización tiene una vigencia de un (1) año a partir de la fecha de mi firma o hasta que el organismo solicitó ha cumplido con esta solicitud.
- La naturaleza y propósito de esta versión han sido explicadas a mi entender.
- Reconozco que la información revelada en virtud de esta autorización podrá estar sujeta a redisclosure por el destinatario.

Firma del paciente/padre-madre/tutor Fecha

Firma e identidad del testigo Fecha

Enviado/remitido por fax el _____ por _____.