

Penn State Health Medical Group- All About Children

655 Walnut Street, West Reading, PA 19611 Telephone: 610-372-9222 Fax: 610-372-0232

Autorización para divulgar información confidencial

PARA: Penn State Health Medical Group- All About Children

Enviar copias de los registros de salud de:

Nombre _____

Fecha de nacimiento: _____

SSN: _____ - _____ - _____

Incluya todo lo Siguiente: (A menos que tachara)

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

Registros de proveedores de servicios médicos Anteriores

A: _____

Domicilio: _____

Fax : _____

- Esta información, que puede incluir información médica confidencial referida a psiquiatría/abuso de sustancias/VIH/SIDA y salud mental, es necesaria con el fin de continuar el tratamiento médico.
- Entiendo que esta información se divulga de los registros cuya confidencialidad queda protegida por la Normativa Estatal y Federal sobre Privacidad.
- No tengo que firmar esta autorización para recibir beneficios de atención de la salud (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, entiendo que PSHMG- AAC puede atenderme mejor si puede obtener estos registros. También entiendo que la autorización es necesaria para participar en cualquier estudio de investigación o recibir tratamiento médico cuando el fin sea crear información de salud para un tercero.
- PSHMG-AAC protegerá estos registros lo mejor que sus posibilidades le permitan.
- Estos registros pueden ser comunicados de PSHMG-AAC al proveedor antes citado, por fax o por correo de los Estados Unidos.
- También entiendo que puedo revocar esta autorización (salvo en la medida que ya se hubiera implementado alguna acción) en cualquier momento, mediante una comunicación por escrito y fechada a cualquier agencia involucrada.
- Esta autorización es efectiva por un período de un (1) año desde la fecha de mi firma o hasta que la agencia solicitada haya cumplido con este pedido.
- Me han explicado la naturaleza y el propósito de esta divulgación para que los comprenda.

La transferencia de registros solicitó porque _____

Firma del paciente si tiene 14 años o más/padre-madre/tutor

Fecha

Firma e identidad del testigo

Fecha

Nueva dirección y el número de teléfono de la familia

Sent / Faxed / CD to parent on _____ by _____