





**MUST HAVE AN OOS LABEL ON THE FRONT SIDE OF THIS FORM**  
(2-SIDED FORMS MUST HAVE AN OOS LABEL ON BOTH SIDES)

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS**

**Resumen 1: Expediente médico de un PACIENTE HOSPITALIZADO (hasta 2 años):**

Brinda información sobre consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, resúmenes del Departamento de Emergencias y del alta, historial médico y exámenes físicos, alergias a medicamentos, lista de medicamentos, lista de problemas, procedimientos, informe patológico, informes de laboratorio.

**Resumen 2: Expediente médico de un PACIENTE EXTERNO (hasta 2 años):**

Brinda información sobre consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, Departamento de Emergencias, historial médico y exámenes físicos, alergias a medicamentos, lista de medicamentos, lista de problemas, procedimientos, informe patológico, carta sobre servicios de consulta externa, notas de la clínica de consulta externa, informes de laboratorio.

**Resumen 3: Solo resultados de pruebas de diagnóstico (hasta 2 años):**

Por ejemplo, radiología, EEG (electroencefalografía), EKG (electrocardiograma), estudios cardiológicos, patológicos y pulmonares.

**(Especificar el tipo de prueba y la fecha)** \_\_\_\_\_

**Otro:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta   | <input type="checkbox"/> Cartas/notas sobre servicios de consulta externa  |
| <input type="checkbox"/> Historial médico y exámenes físicos   | <input type="checkbox"/> Notas de evolución diaria                         |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio   | <input type="checkbox"/> Informe operativo, Informes de procedimientos     |
| <input type="checkbox"/> N.º de serie/N.º de identificación del producto para dispositivos implantados | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (especificar tipo y fecha) |
| <input type="checkbox"/> Otro <b>(especificar qué documento y fecha de servicio)</b>                   |  |

**Si tiene alguna pregunta o inquietud comuníquese con nosotros llamando al 717.531.8055**

**V. Firma del paciente o de su representante:**

Esta autorización está sujeta a ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que la persona que haga la divulgación ya haya actuado en función de esta. Si usted desea revocar esta autorización, debe hacerlo por escrito. Para hacerlo, debe enviar su solicitud de revocación a la dirección que aparece en la parte superior de este formulario a la atención de: Director, Health Information Management. Si no la revoca antes, esta autorización se dará por terminada en un año a partir de la fecha de firma. El hecho de no firmar este formulario no afectará su derecho a recibir atención en The Milton S. Hershey Medical Center. Ni nuestro tratamiento ni su pago están condicionados por su firma en este formulario.

Mediante esta autorización, eximo al proveedor de dicho expediente de toda responsabilidad legal relacionada con la divulgación de los expedientes aquí indicados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación, si firma una persona que no sea el paciente

**AUTORIZACIÓN VERBAL (para personas que no pueden firmar)**

**NO aplica para la información relacionada con el VIH o con el tratamiento para la drogadicción o el alcoholismo**

Declaro que el paciente/padre o madre/tutor legal entendió la naturaleza de esta divulgación y brindó su autorización verbal de manera libre (se requieren dos testigos)

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Información divulgada por

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ESTA AUTORIZACIÓN NO SE ACEPTARÁ A MENOS QUE SE COMPLETEN TODOS LOS PUNTOS.**

**Este documento autoriza la divulgación de información ingresada en mi expediente médico antes o dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de mi firma**

**ENVIAR ESTE FORMULARIO INMEDIATAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA POR FAX AL 717.531.5068**

**Nota al destinatario de la información:** Esta información se le ha divulgado a usted a partir de un expediente protegido por las leyes de Pensilvania. Las leyes de Pensilvania le prohíben a usted divulgar esta información a un tercero, a menos que explícitamente se permita mediante la autorización por escrito de la persona a quien pertenece la información.