



333 Harrisburg Ave, Lancaster, PA 17603
Teléfono: 717-740-4172 Fax: 717-740-4063

(Affix patient label here)

Patient Name:

Med Rec

##

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR/OBTENER INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Apellidos de soltero/anteriores: Número de teléfono:

Dirección actual:

Yo, por la presente autorizo a LBHH, de forma oral o escrita, a revelar mi expediente médico o a obtener mis expedientes médicos de:

Nombre: Relación/Organización:

Dirección:

Número de teléfono: Número de fax seguro:

Fechas del servicio solicitado:

El paciente, padre o tutor que autoriza debe indicar con sus iniciales la documentación que se debe revelar.

- Paquete de traspaso de la atención (resumen de las consultas de seguimiento, reconocimiento de instrucciones anticipadas, evaluación clínica de ingreso, plan de prevención de crisis después del alta [D/C])
Paquete correspondiente (resumen de alta, antecedentes y exámenes físicos [H&P], evaluación psiquiátrica, resumen de las consultas de seguimiento)
Resumen de alta
Antecedentes y exámenes físicos/neurológicos
Evaluación de enfermería
Pruebas de laboratorio/de diagnóstico:
Evaluación clínica de ingreso
Informes médicos/Consultas médicas
Evaluación biopsicosocial
Evaluación psiquiátrica
Resultados de la prueba del VIH/Expediente de sida
Expedientes de tratamiento por abuso de alcohol y drogas
Evaluación/prueba psicológica:
Expedientes educativos:
Medicamentos:
Plan de tratamiento multidisciplinario:
Notas de progreso:
Resumen de las consultas de seguimiento
Nota de alta psiquiátrica
Comunicación verbal:
Órdenes del médico:
Otra:

Solicito la revelación de mi información médica con el siguiente propósito:

- Continuar la atención Seguro Para mí Custodia de niños Determinación de discapacidad
Investigación legal Fines académicos Otro:

No revelar lo siguiente:

Esta autorización será válida por 6 meses a menos que se especifique otra fecha o evento aquí:

* LA INFORMACIÓN DE ARRIBA SE DEBE COMPLETAR EN SU TOTALIDAD ANTES DE FIRMAR.

Yo, el abajo firmante, por la presente reconozco que leí esta autorización antes de su aplicación y que entiendo la naturaleza de la revelación en su totalidad.

Paciente Fecha Padre/tutor Y relación (si es un menor de 14 años o si hay tutela legal) Fecha

Firma/credenciales del testigo Fecha

El paciente no pudo firmar porque
Por eso, dio su autorización de forma oral el / /
Nosotros, los abajo firmantes, afirmamos que el paciente entendió la naturaleza de la revelación y dio su consentimiento oral voluntariamente.

Firma/credenciales del testigo Fecha Firma/credenciales del testigo Fecha

Esta autorización está destinada a permitir que Lancaster Behavioral Health Hospital revele información, escrita y verbal, para el propósito específico y la duración de la revelación y en el mejor interés del paciente. Esta revelación de información demuestra el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), los Estándares para la Privacidad de la Información de Salud Identificable Individualmente (Estándares de Privacidad), 45 CFR 160 y 164, la Ley de Procedimientos de Salud Mental de Pensilvania de 1976, y todas las reglamentaciones federales y directrices interpretativas promulgadas allí. Cualquier información protegida por las Reglamentaciones Federales que rigen la confidencialidad de los expedientes de pacientes por abuso de alcohol y drogas (42 CFR, Parte 2) tiene prohibida la revelación adicional por parte del destinatario sin una autorización específica para dicha nueva revelación.

Tiene el derecho a revocar esta autorización por escrito (o de forma oral, cuando no pueda hacerlo por escrito) en cualquier momento. Las excepciones a esto se pueden consultar en el Aviso de prácticas de privacidad. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Una vez que se revela la información de arriba, el destinatario puede volver a revelarla y es posible que ya no esté protegida por las reglamentaciones federales. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de la información que se revelará. Si elige no firmar esta autorización, evitará que se logre el propósito indicado arriba. El tratamiento o pago de los servicios no está condicionado a la firma de esta autorización. Es posible que la copia de mis datos en el procesamiento de esta solicitud tenga una tarifa.