



St. Christopher's Hospital for Children

A PARTNERSHIP OF TOWER HEALTH AND DREXEL UNIVERSITY

Protected Health Information Authorization for Release, Use, and Disclosure

160 E. Erie Avenue, Philadelphia, PA 19134

Teléfono: 215-427-5206

Apellido Nombre Fecha de Nacimiento MRN

Dirrección Teléfono Correo el electrónico

Yo a utorizo a para divulgar mi expediente Médico a: Mi or Destinatario:

Nombre de la persona autorizada, doctor, hospital. Agencia u otros Teléfono

Dirrección Fax

ATENCION PACIENTE:

Yo enti endo y a utorizo la divulgación de esta información a excepción de:

Si es tá i ncluida en el registro médico, esta autorización i ncluye la revelación de la información protegida por: Confidentiality of HIV-Related Information Act (información y exámenes relacionados al SIDA y a l VIH), Mental Health Procedures Act (desordenes psiquiátricos), Drug and Alcohol Abuse Control Act (tra ta miento para drogas y/o a lcohol) según lo permitido por la ley.

Información para ser Emitida: Fecha(s) del Servicio :

- Resumen del Alta Médica, Reporte Operatorio, PT/OT, Reportesdelmágenes/Radiología, Registros de Trauma/ Emergencia, Clínica de Consulta Externa, Imágenes/Radiología, Revisión de Archivos (por cita), Laboratorio, Reportes de Patología, Audición y Habla, Resumen de Registros Médicos= H&P, Resumen del Alta, Resultados de las Pruebas de Diagnóstico, Lista de Problemas, Medicamentos, Reportes de Alergias y Procedimientos, Electrocardiogramas, y Laboratorio, Resumen Electrónico = Resumen del Alta Médica, , Resultados de las Pruebas de Diagnóstico, Lista de Problemas, Medicamentos, Reportes de Alergias y Procedimientos, Otra =

Registro Medico Complete Registro de Facturación

Motivo de divulgación: Personal Cuidado Médico Adicional Investigación o Acción Legal Otra:

Transferencia Fuera del St. Christopher's Hospital for Children a:

Me gustaría recibir esta información VIA: Papel CD Correo Electrónico Seguro MyTowerHealth Patient Portal Otra:

CD #

Yo entiendo lo siguiente: Yo puedo revocar la autorización por escrito en cualquier momento; esta revocación no aplicará a la información que ya ha sido revelada en respuesta a esta autorización. La información revelada en respuesta a esta autorización puede volver a ser divulgada por el recipiente, y ya no estará más protegida bajo los términos de esta autorización. Tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud para ser usada o divu lgada según lo permitido por la ley. Puedo negarme a firmar esta autorización y sé que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, o mi elegibilidad para beneficios (si es que corresponden). St. Chistopher's Hospital for Children podrá cobrar por la copia del registro médico de acuerdo con la ley de PA, 42 Pa. C.S. §6152. Entiendo que este consentimiento expirará en 90 días a partir de la fecha que se encuentra a continuación o al momento de mi muerte, cualquiera de las dos cosas que ocurriere primero.

Firma del Paciente o Representante Autorizado Fecha Firma del Testigo Fecha

Nombre del Pacienta con letra de molde Nombre del Testigo con letra de molde

Relación con el Paciente Titulo/Departamento