



Protected Health Information Authorization for Release, Use, and Disclosure

1600 East High Street
Pottstown, PA 19464
Fax: 610-970-3133
Attn: Health Information Management

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	MRN
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	

Yo autorizo a _____ para divulgar mi expediente Médico a: Mi o Destinatario:

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

ATENCIÓN PACIENTE:

Yo entiendo y autorizo la divulgación de esta información a excepción de: _____.
Si es tá incluida 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 al VIH), Mental Health Procedures Act (desordenes psiquiátricos), Drug and Alcohol Abuse Control Act (tratamiento para drogas y/o alcohol) según lo permitido por la ley.

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

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta Médica | <input type="checkbox"/> Reporte Operatorio | <input type="checkbox"/> PT/OT | <input type="checkbox"/> Reportesdelmágenes/Radiología |
| <input type="checkbox"/> Registros de Trauma/ Emergencia | <input type="checkbox"/> Clínica de Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Imágenes/Radiología | <input type="checkbox"/> Revisión de Archivos (por cita) |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología | (no disponibles por MyTowerHealth) | <input type="checkbox"/> Audición y Habla |
| <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| <input type="checkbox"/> Resumen Electrónico = Resumen del Alta Médica, Resultados de las Pruebas de Diagnóstico, Lista de Problemas, Medicamentos, Reportes de Alergias y Procedimientos | | | |
| <input type="checkbox"/> Otra = _____ | | | |
- Registro Medico Complete Registro de Facturación

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

Transferencia Fuera del Tower Health Medical Group 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 divulgada 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). Pottstown Hospital 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	Título/Departamento
--------------------------	---------------------