

# Acuerdo para comunicar informaci3n

HISTORIAL NO. \_\_\_\_\_

NOMBRES DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ con esto consiento en y autoriza a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ para que comunique a:

NOMBRES DEL MEDICO / HOSPITAL / COMPAÑIA DE SEGURO / OTRA AGENCIA/PACIENTE SI MISMO: \_\_\_\_\_

A LA ATENCION DE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

PARA EL PROPOSITO DE:

Continuaci3n de atenci3n    Seguro    Legales    Seguro Social / Discapacidad    Personal    Otros \_\_\_\_\_

Informaci3n tirada de los archivos del hospital respecto a mi identidad, diagn3stico, pron3stico, o tratamiento.  
Sin embargo, no doy mi permiso para cualquier otro uso u otra comunicaci3n de esta informaci3n.

## ATENCIÓN, PACIENTE

Le avisamos que, si alguno de los tres (3) cajetines est3 marcado, el fin es avisarle que su historial contiene informaci3n "PROTEGIDA" relacionada a estas categorías. Por lo tanto, la firma de usted al lado de la categoría identificada reconoce que usted se da cuenta de esto. (Le hemos anunciado esta informaci3n de archivos cuya confidencialidad est3 protegida por la Ley Federal [42 CFR Parte II] y Estatutos Estatales de Pennsylvania [Título 55 P.W. 5100.32 y 5100.34 (a) & (b) y DAACA, 71 P.S. 1690.108 (b) & (c)].

Comprendo adem3s que hay documentaci3n especifica dentro de mi historial que est3 protegida bajo:

\_\_\_\_\_ Informaci3n Confidencial de Pacientes con Abuso del Alcohol y de Drogas,  
42 C.F.R. Parte II.

\_\_\_\_\_ Acto de Pennsylvania de Procedimientos de la Salud Mental.

\_\_\_\_\_ Acto de Informaci3n de Confidencialidad Relacionada con VIH, Acto de Leyes  
de Pennsylvania 148.

Comprendo tambi3n que mi historial puede contener:

- informaci3n sobre drogas o alcohol, si se han ordenado pruebas de drogas o alcohol o si mi m3dico me ha tratado;
- informaci3n psiqui3trica o psicol3gica, si mi m3dico ha proporcionado tratamiento psiqui3trico o psicol3gico;
- informaci3n relacionada con VIH, si mi m3dico ha ordenado pruebas relacionadas con VIH.

La informaci3n que se divulgar3 se refiere a:

Datos demogr3ficos	Informe de radiografía	El registro completo en papel	Fecha de internaci3n / alta
Historial y examen f3sico	Resultados de laboratorio	Películas de diagn3stico (radiograficas, escanes, etc.)	_____
Resumen del alta	ECG, EEG, Prueba de estr3s	Instrucciones del m3dico	Fecha del servicio
Informe de la operaci3n	Departamento de emergencias	Hojas de medicamentos	_____
Informe de patología	Laboratorio de cateterizaci3n	Otros _____	_____
Informe de consulta	Sumario (incluye todas las casillas anteriores)		

EXCEPCION: No doy mi permiso para comunicar (favor de precisar): \_\_\_\_\_

Comprendo que no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento al Hospital Lehigh Valley o al Hospital Lehigh Valley - Muhlenberg. Aunque el acuerdo de comunicar informaci3n quede vigente por 90 días comprendo tambi3n que puedo revocar este acuerdo en cualquier momento al someter un aviso escrito de revocaci3n, excepto si se ha tomado acci3n conforme con el acuerdo, y que este consentimiento se quedar3 vigente para efectuar los prop3sitos que lo han motivado.

Fechado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Acuerdo se vence el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE, DE LA MADRE / APODERADO LEGAL /  
REPRESENTANTE AUTORIZADO: \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

No se puede firmar porque: \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor p3ngase en contacto con el Especialista de Comunicaci3n de Informaci3n, al (610) 402 – 8240  
8:30 a.m. – 4:00 p.m., lunes – viernes, o por correo a: Lehigh Valley Hospital, Attention – Release of Information, Cedar Crest & Ruta I-78, PO Box 689,  
Allentown, PA 18105-1556.

MRD-11 Rev. 08/07