



Acuerdo Para Relevar Información Médica Protegida

Sección 1: Información del Paciente

Nombre del Paciente	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección del Paciente	Código Postal	Numero de Teléfono

Sección 2: Lugar (es) de cuidado

- Hospital *
 Oficina LVPG
 Hospice (hospicio)
 Home Health (cuidado en la casa)
 Clínica de paciente externo, lugar satélite, o especifique el lugar

Dirección de la oficina Practica de LVPG, Clínica del Hospital, Lugar(es) satélites o Otros Establecimientos de Salud en donde recibió cuidado medico:

*Incluya establecimientos del Hospital Cedar Crest, Muhlenberg y la 17th y Chew.

Sección 3: Relevar el expediente a:

Yo, por este medio estoy de acuerdo y autorizo a las entidades de arriba a que releven información de mi expediente medico a:

Nombre del Medico/Hospital/Compañía de Seguro Medico/Otra Agencia, Persona, o a mi persona :

Dirección: _____ Fax#: _____

Para Propósitos de :
 Continuación de Cuidado
 Seguro Social /Incapacidad
 Propósitos de Seguro

Propósitos Legales
 Acceso Personal
 Otro: _____

La información divulgada conforme a esta autorización puede ser sometida a ser revelada de nuevo por el recipiente y ya no será protegida bajo la Ley Federal de Privacidad de HIPAA y otras leyes de confiabilidad.

Sección 4: Información Específica a Ser Revelada:

La información a ser revelada cubrirá el tiempo desde _____ a _____

INFORMACION ESPECIFICA PARA SER REVELADA:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del Expediente* | <input type="checkbox"/> Resumen de Despacho | <input type="checkbox"/> Ordenes del Medico |
| <input type="checkbox"/> Notas de la Oficina/Notas de su Visita | <input type="checkbox"/> Reporte de Cirugías | <input type="checkbox"/> Laminas Diagnosticas (radiografías , tomografías) |
| <input type="checkbox"/> Inmunización | <input type="checkbox"/> Reporte de Patologia | <input type="checkbox"/> Fotografías |
| <input type="checkbox"/> Formulario de Incapacidad/ FMLA | <input type="checkbox"/> Reportes de Consultas | <input type="checkbox"/> Facturas Detalladas |
| <input type="checkbox"/> Lista de Medicinas | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Laboratorios de Caterización |
| <input type="checkbox"/> Lista de Problemas de Salud | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología | <input type="checkbox"/> Expediente Completo (incluyendo expedientes de otros establecimientos) |
| <input type="checkbox"/> Expediente de Emergencia | <input type="checkbox"/> EKG, EEG, Prueba de Estrés | |
| <input type="checkbox"/> Historial y Exámenes Físicos | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | |

Excepción: Yo no doy permiso a que releven (especifique): _____

* Para una explicación sobre el Resumen del Expediente, vea las instrucciones para completar.

Sección 5: Autorización Especial para Expedientes del VIH, Salud Mental, Uso de Drogas y Alcohol

ATENCIÓN PACIENTE: SI ES APPLICABLE, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCION

Yo entiendo que mi expediente medico puede contener "información protegida" relacionada a las siguientes categorías. Mi firma al lado de estos artículos representa mi conocimiento y autorización de relevar "información protegida" de mi expediente.

_____ Información de Droga o Alcohol, si pruebas de droga, alcohol o tratamiento fueron ordenados por mi medico/proveedor. (Información Confidencial de Abuso de Drogas y Alcohol del Paciente 42 C.F.R. Parte II)

_____ Información psiquiátrica o psicológica , si algún tratamiento psiquiátrico o psicológico fue
 Firma fue realizado por mi medico/proveedor. (Acta de Procedimiento de Salud Mental de PA).

_____ Información relacionada al VIH, si pruebas relacionadas al VIH fueron ordenadas por
 Firma mi medico/proveedor. (Acta de Confiabilidad de Información del VIH Ley 148 de PA).

La información será divulgada de nuestros expedientes cuya confiabilidad esta protegida bajo la Ley Federal [42 C.F.R. Parte II] y el Estatus Estado de PA [Titulo 55 Pa. Código 5100.32 y 5100.34 (a) y (b) y DAACA, 71 P.S. 1690.108 (b) & (c)].

Sección 6: Firmas de Autorización

FIRMAS DE AUTORIZACION

Yo entiendo que para procesar esta petición para poder reproducir el expediente medico en un tiempo moderado, Lehigh Valley Health Network puede utilizar a una compañía contratada que brinde servicios de copias del expediente medico, y autorizo además relevar mi expediente medico con estos propósitos. Yo entiendo que no tengo que firmar este formulario para poder recibir tratamiento en Lehigh Valley Health Network. **Aunque el Acuerdo para relevar información es valido por 90 días** Yo entiendo que puedo revocar este acuerdo sometiéndolo por escrito un aviso de revocación, con la excepción de la extensión de cualquier acción que haya sido tomada como autorizada a través de este formulario se mantendrá para poder cumplir con el propósito por el cual fue entregado. Yo tengo el derecho de solicitar una copia de esta autorización. Una copia de esta autorización es tan valido como la original.

Fecha de Expiración del Acuerdo: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha de la Firma: _____

Firma del Padre/Guardián Legal/Representante Autorizado : _____

Nombre del Padre/Guardián Legal/Representante Autorizado: _____

No pudo firmar debido a: _____

Firma del Testigo: _____

Adjunto esta la copia del documento legal apropiado, el cual demuestra la autoridad de tomar acción en nombre del paciente.

INFORMACION DE CONTACTO, CORREO/INSTRUCCIONES DE FAX: Envíe por Correo o por Fax el formulario completado a los establecimientos apropiados de LVHN o a otros establecimientos en donde recibió cuidado:

Expedientes Hospitalarios (Visitas de Paciente Externo/Interno):
 Lehigh Valley Health Network – Attn. Release of Information
 Cedar Crest and I-78 Box 689
 Allentown, PA 18105-1556
 Teléfono: 610-402-8240 Lunes a Viernes de 8:30AM a 4:00 PM
 Fax: 484-884-3824

Oficina de Proveedores de Expedientes de LVPG y Lugar(es) Satélites:
 Envíe por correo/fax a la oficina o lugar satélite de donde recibió cuidado. Por favor vea <http://www.lvpg.org/> para un listado de la Práctica de Proveedores de LVPG. Por favor vea <http://lvhn.org> para un listado de lugares satélites.

Expedientes de Cuidado en la Casa y Hospicio:
 2166 12th Street, Allentown, PA 18103
 Phone: 610-969-0300
 Fax: 610-969-0454

For office use only:
 MRN# _____ Encounter# : _____

Received: _____ ID Confirmed: _____ Completed : _____
 Initial and Date Initial and Date Initial and Date

ACUERDO PARA REVELAR INFORMACION PERSONAL MÉDICA INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL ACUERDO

Lehigh Valley Health Network (LVHN) mantiene registros médicos de todos los servicios proporcionados en el hospital, oficinas de proveedores (Lehigh Valley Physician Group), servicios de home health, hospice y otros servicios de paciente externo fuera y dentro del establecimiento.

Por favor siga las instrucciones con cuidado al completar cada sección del formulario "Acuerdo Para Revelar Información Medica" de esta manera podemos procesar su pedido sin ningún atraso:

Sección 1: Información del Paciente

Escriba el nombre del paciente (soltero(a) o antes de casado(a), si aplica), numero de seguro social, fecha de nacimiento, dirección y numero telefónico.

Sección 2: Lugar(es) de cuidado

- Marque la caja para escoger el lugar del cual desea obtener los expedientes médicos
- Si usted desea obtener el expediente medico de la Práctica de Proveedores de LVPG, Clínica del Hospital LVHN, de uno de los establecimientos satélites de LVHN, o de otros establecimientos de salud, escriba el nombre y dirección del lugar(es) en donde recibió cuidado.

Sección 3: Revelar expediente medico a:

- Escriba el nombre, dirección y número de teléfono del proveedor, o práctica médica, hospital, compañía o persona que recibirá la información revelada.
- Marque la caja que mejor describe el propósito de su pedido.

Sección 4: Información Especifica a ser Revelada:

- Escriba el periodo de tiempo (fechas que usted recibió cuidado medico) para poder entregarle el expediente medico. Si usted no esta seguro de las fechas de servicio, estime una fecha y ponga un signo de (?) al lado de la fecha estimada.
- Marque el tipo de información que desea revelar. Puede haber un costo para copiar y procesar su expediente medico. Usted puede reducir el costo de copias al pedir un "resumen del expediente medico" en lugar del expediente completo. El "resumen del expediente medico" se compone de ciertos documentos importantes tales como su historial o físico, resultados de exámenes recientes, reporte de operaciones, resumen de alta, consultas, lista de problemas de salud, lista de medicamentos y las visitas recientes de rutina a la oficina de su medico para cuidado continuo.

Sección 5: Autorización Especial Para Expedientes de Droga, Alcohol, Salud Mental Y VIH:

Si usted esta requiriendo que se revele información de cualquiera de las (3) categorías de información protegida, i.e. prueba de drogas, alcohol y tratamiento, tratamiento de Salud Mental o VIH, usted (el paciente o representante legal) tiene que firmar en la línea afrente de la categoría de información protegida que usted esta autorizando revelar.

Sección 6: Firmas de Autorización:

Usted (el paciente o representante legal del paciente) tiene que firmar y fechar el formulario.

- Si usted es el Guardián legal, Ejecutor, Administrador de Bienes o tiene un Poderío a través de un abogado (Agente) para el paciente, usted tiene que someter una copia de los documentos legales apropiados que comprueben que usted tiene la autoridad de hablar por el paciente. Este documento debe estar acompañado del Acuerdo.
- Si usted físicamente no puede firmar este formulario o firmarlo con una ("X"), se debe obtener una firma de un testigo.
- Este Acuerdo para revelar información médica es valida por 90 días después de haberlo firmado. Usted puede hacer que este documento para revelar información medica sea valido por mas o menos de 90 días al poner una fecha diferente en la línea "Fecha de Expiración del Acuerdo".

Costos Para Revelar Información:

Bajo la Ley de Pensilvania, ciertos costos específicos pueden aplicar para poder revelar información del expediente medico incluyendo copias y cargos por envío. Después de haber determinado el costo de copias del expediente medico, usted puede recibir una factura de MRO. MRO es una compañía contratada que maneja y procesa el revelo de expedientes médicos de LVHN. Para más información, por favor vea la información de contacto abajo.

Información de Contacto, Correo/ Instrucciones de Fax:

Envíe por correo o entregue el formulario completado al lugar apropiado de LVHN:

Hospital. (Visitas de Paciente Interno/Externo):

Lehigh Valley Health Network – Attn. Release of Information
Cedar Crest and I-78 Box 689
Allentown, PA 18105-1556
Phone: 610-402-8240 Mon.-Fri. 8:30AM to 4:00 PM
Fax: 484-884-3824

Expedientes de Home Care y Hospice:

2166 S. 12th Street Allentown, PA 18103
Phone: 610-969-0300
Fax: 610-969-0454

Expedientes de las Oficinas de LVPG y sus Oficinas Satélites:

Envíe por correo o fax a la oficina de proveedores o a una de las oficinas satélites en donde usted recibió cuidado medico. Por favor vea <http://www.lvpg.org/> para una lista de proveedores de LVPG y sus oficinas. Por favor vea <http://lvhn.org> para una lista de oficinas satélites.