



AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Sección 1: Información del Paciente

****Para no retrasar el procesamiento, escriba claramente en letra de IMPRENTA****

NOMBRE DEL PACIENTE		SEGURO SOCIAL (últimos 4 dígitos) XXX-XX-_____	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	NÚMERO DE TELÉFONO

Sección 2: Lugar(es) en que se recibió la atención médica

Hospital / ASC	<input type="checkbox"/> 17th & Chew <input type="checkbox"/> Muhlenberg <input type="checkbox"/> Cedar Crest <input type="checkbox"/> Hecktown Oaks <input type="checkbox"/> Hazleton <input type="checkbox"/> Pocono <input type="checkbox"/> Schuylkill <input type="checkbox"/> Coordinated Bethlehem <input type="checkbox"/> Coordinated Allentown <input type="checkbox"/> Coordinated East Stroudsburg Ambulatory Surgery Center <input type="checkbox"/> Coordinated Phillipsburg Ambulatory Surgery Center Departamento del Hospital Ambulatorio _____ (especifique)
	<input type="checkbox"/> Lehigh Valley Physician Group <input type="checkbox"/> Valley Health Partners <input type="checkbox"/> Coordinated Health Providers Nombre del Consultorio o Proveedor _____ Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Teléfono _____

Sección 3: Pido que envíen los expedientes médicos a:

Estoy de acuerdo y autorizo que mis expedientes médicos del lugar mencionado arriba se envíen a:

Nombre del Doctor/Hospital/Otra persona/Otro lugar/Paciente mismo
Dirección: _____ Fax: _____
Para el propósito de: <input type="checkbox"/> Continuar la atención <input type="checkbox"/> Seguro Social/Incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Uso de un cuidador <input type="checkbox"/> Propósitos legales <input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____

La información compartida en virtud de esta autorización puede volver a ser compartida por quien la recibe y es posible que ya no esté protegida por la Ley Federal HIPAA u otras leyes que protegen la privacidad de información confidencial.

Sección 4: Método para enviar los expedientes:

<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro: _____
<input type="checkbox"/> Fax: _____
<input type="checkbox"/> Dirección postal: _____

Sección 5: Información específica a ser enviada/Fechas de servicio

La información que será enviada cubrirá el período desde _____ hasta _____		
<input type="checkbox"/> Resumen del expediente médico*	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología en un CD
<input type="checkbox"/> Instrucciones de alta (AVS)	<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> Fotografías
<input type="checkbox"/> Expedientes de la Sala de Emergencias	<input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Órdenes del Médico
<input type="checkbox"/> Notas de Consultorio/Citas	<input type="checkbox"/> Radiografías/Otros estudios de imágenes	<input type="checkbox"/> Notas de Terapia (PT/OT)
<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> EKG, EEG, Exámenes de Esfuerzo	
<input type="checkbox"/> Historial médico y examen físico	<input type="checkbox"/> Otra información (especifique): _____	
<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> EXCEPCIONES: No doy permiso para enviar lo siguiente (especifique): _____	

* Un "Resumen del expediente médico" típicamente incluye documentos clave que se acostumbra enviar a médicos nuevos para continuar la atención del paciente, y que incluyen el historial de salud y físico, informes operativos, resúmenes de altas, consultas, la lista de problemas, la lista de medicamentos, los resultados de pruebas recientes y las citas recientes al consultorio. Este resumen por lo general incluye los últimos 2 años de atención médica.

Sección 6: Autorizaciones especiales - Expedientes de VIH, salud mental, y consumo de drogas/alcohol

Atención Paciente: Si corresponde a su caso, llene esta sección.

Entiendo que la información en respuesta a esta solicitud puede estar relacionada con el diagnóstico o el tratamiento del SIDA/VIH, con atención y tratamiento psiquiátrico, o con tratamiento para abuso de drogas y alcohol. Marque la(s) casilla(s) apropiada(s) y ponga sus iniciales al lado de cada una información para indicar que entiende esto.

Información relacionada con SIDA/VIH (Ley de Confidencialidad de la Información Relacionada con el VIH, Ley 148 de PA)

No, no la envíen Sí, quiero que la envíen Iniciales _____

Información psiquiátrica o psicológica (Ley de Procedimientos de Salud Mental de PA)

No, no la envíen Sí, quiero que la envíen Iniciales _____

Información sobre drogas o alcohol (Información Confidencial del Paciente sobre Abuso de Alcohol y Drogas, 42 C.F.R. Parte II)

No, no la envíen Sí, quiero que la envíen Iniciales _____

Sección 7: Firmas de Autorización

Esta autorización es válida por 6 meses a partir de la fecha de la firma en esta solicitud. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento mediante una notificación por escrito a este centro. Entiendo que la información genética puede ser compartida como parte de mi información de salud. Si esta solicitud para enviar expedientes médicos ya se completó, la autorización permanecerá en los archivos. Además, a fin de poder procesar esta solicitud sin demoras, la Lehigh Valley Health Network puede utilizar un servicio contratado para copiar expedientes médicos, y por ende yo también autorizo que ese servicio de reproducción contratado tenga acceso a mi expediente médico para este propósito. Tengo derecho a pedir una copia de esta autorización. Una copia de esta autorización es igual de válida que la original.

Firma del Paciente _____ Fecha de la Firma _____

Nombre en letra de molde _____

Firma de Representante Autorizado: _____ Fecha de la Firma _____

Nombre del Representante Autorizado: _____

Relación con el paciente: Padre or Encargado Legal Poder Notarial Pariente más cercano de la persona fallecida Albacea del Estado

Expedientes de pacientes fallecidos: Deberá proporcionar una copia de la Carta de Administración del Tribunal que le nombre como representante personal. Si no está disponible, como alternativa deberá proporcionar una copia del certificado de defunción en el que se nombre al pariente más cercano. (Código PA 115.29)

Conforme a regulaciones gubernamentales y del Estado de Pensilvania, los centros de atención médica están autorizados a cobrar por esta reproducción de expedientes médicos y esta solicitud puede tener un cargo asociado. Los solicitantes pueden ser notificados con anticipación de la cantidad a pagar por la solicitud, y los expedientes se enviarán cuando se reciba el pago.

Sección 8: Información de contacto por correo, fax, correo electrónico y fax

Envíe este formulario de autorización completado junto con la documentación legal apropiada, si corresponde, al lugar (o lugares) donde el paciente recibió la atención médica:

Nombre del centro:	Enviar a:	O enviar por Fax:	O por correo electrónico:	O llame por teléfono:
Lehigh Valley Hospital – Cedar Crest/Muhlenberg/ 17th & Chew/ Hecktown Oaks	HIM Cedar Crest Blvd & I-78 PO Box 689 Allentown, PA 18105-1556	610-402-5823	ROI Mack@lvhn.org	610-402-8240
Lehigh Valley Hospital – Hazleton	HIM 700 E. Broad St. Hazleton, PA 18201	570-501-4930	ROI Hazleton@lvhn.org	570-501-4131
Lehigh Valley Hospital – Pocono	HIM 206 E. Brown St. East Stroudsburg, PA 18301-3006	570-476-3709	ROI Pocono@lvhn.org	570-476-3388
Lehigh Valley Hospital – Schuylkill	HIM 700 E. Norwegian St. Pottsville, PA 17901-2710	570-621-4719	ROI Schuylkill@lvhn.org	570-621-4562
LVH Coordinated Health	HIM 3435 Winchester Rd., 2nd Floor Allentown, PA 18104	610-841-5834	LVH-CH_ROI@lvhn.org	484-884-8557
Consultorios/Proveedores de LVPG y VHP	Envíe el formulario de autorización lleno directamente al consultorio de su médico. Para ver una lista de los proveedores y consultorios de LVPG, vaya a www.lvhn.org y seleccione <i>Find a Doctor</i>			