



Autorización de Información de Salud Protegida para su Revelación, Uso, y Divulgación

Dirección: P.O Box 16052, Reading, PA 19612

Localizado: 420 South 5th Avenue, West Reading, PA 19611

Health Information Management- Teléfono: 484-628-8252

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ MRN _____

Dirrección _____ Teléfono _____ Correo el electrónico _____

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

Name of Authorized Person, Doctor, Hospital, Agency or Other _____ Teléfono _____

Dirrección _____ Fax _____

ATENCIÓN 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
 - Registros de Trauma/ Emergencia
 - Laboratorio
 - 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= _____
- Reporte Operatorio
 - Clínica de Consulta Externa
 - Reportes de Patología
- PT/OT
 - Imágenes/Radiología (no disponibles por MyChart)
- Reportesdelmágenes/Radiología
 - Revisión de Archivos (por cita)
 - Audición y Habla
- Registro Medico Complete Registro de Facturación

Reason for Disclosure: Personal Cuidado Médico Adicional Investigación o Acción Legal Otra: _____

Transferencia Fuera del Reading Hospital a: _____

Me gustaría recibir esta información VIA: Papel CD Correo Electrónico Seguro MyChart 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). Reading 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 _____ Titulo/Departamento _____

Información Importante sobre las Solicitudes de Registros Médicos

Para Solicitar Expedientes Médicos

Records Release Center (El Centro de Entrega de Expedientes) de nuestro Health Information Management Department está disponible para ayudarle a obtener copias de sus registros médicos e imágenes de radiología. Usted nos puede contactar al:

Teléfono: 484-628-8252

Fax: 484-628-9777

Correo: Reading Hospital Records Center, PO Box 16052, Reading, PA 19612-6052

Para Obtener sus Expedientes Médicos

Nosotros recomendamos que nos llame con 24 horas de anticipación para que sus registros estén listos cuando usted llegue.

Los Registros pueden ser recogidos en nuestro: **Records Release Center (Centro de Entrega de Expedientes Médicos)**

Localizado en el: 420 South 5th Avenue, West Reading, PA 19611

En el Lobby 5th Avenue del Reading Hospital

Abiertos los días laborales de 8 a.m. a 7 p.m.

Para Tener Acceso al Centro de Entrega de Expedientes Médicos

Usar la entrada 5th Avenue de nuestro Campus en West Reading

Estacionar en los espacios designados para llegada de pacientes cerca de las puertas giratorias o utilizar el servicio gratuito de valet parking.

Entrar por las puertas giratorias.

El Centro de Entrega de Expedientes Médicos está localizado a la izquierda de la Recepción principal del lobby.

Se Requiere Identificación.

Por favor traer una licencia de conducir o una identificación con fotografía. Si usted viene a recoger expedientes médicos para una persona mayor de 18 años, usted deberá traer cualquiera de lo siguiente: una nota firmada por el paciente autorizándole a usted recoger los expedientes médicos o un Poder Notarial/Poder de Representación o Custodia Legal.

Obteniendo Registros Médicos por MyChart Portal de Paciente

Recibiren 3-5 días. Archivo estará disponible para acceso y descarga por 14 días.

Registros Médicos desde 2/2/2013 al presente pueden ser proveídos por MyChart Portal de Paciente.

Imágenes de Radiología no están disponibles por MyChart Portal de Paciente.

Otros Servicios

Para revisar sus expedientes médicos, favor de solicitar una cita al teléfono 484-628-8252.

Cargos

De acuerdo a la Ley de Pennsylvania, 42 PA. C.S. §6152, nosotros podemos cobrar por las copias de los registros.

*Por favor no envíe pago con su solicitud, si pago es requerido Ud. recibirá una factura por correo.