

**RED REGIONAL DE SERVICIOS MÉDICOS ST. JOSEPH/ CENTRO MÉDICO ST. JOSEPH  
PO BOX 316, READING, PA 19603**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CLÍNICA CONFIDENCIAL**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellidos Nombres

N.º del seguro social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono en horario diurno: \_\_\_\_\_

Historial médico solicitado a (marcar una opción):

- Red Regional de Servicios Médicos St. Joseph/ Centro Médico St. Joseph  
 Otro \_\_\_\_\_

Historial médico solicitado por:

\_\_\_\_\_

Dirección del solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Identificación obtenida (marcar lo que corresponda):

Fecha de los tratamientos a ser revelados: \_\_\_\_\_

Tipo de informes solicitados (marcar lo que corresponda):

- Información pertinente [recomendado si lo solicita un médico]  
 Consultas sala de emergencia  Análisis clínicos, rayos X y otros estudios  
 Historial médico completo  Resumen de dada de alta  
 Informe de operaciones  Otros \_\_\_\_\_

Razón u objetivo del uso o la revelación de información clínica confidencial (marcar lo que corresponda):

- Continuación del tratamiento  
 Abogado  
 Personal  
 Compañía de seguros  
 Otro \_\_\_\_\_

Información específica a ser revelada (marcar todas las opciones que correspondan):

- Enfermedad siquiátrica  
 Tratamiento contra la drogadicción o el alcoholismo  
 Análisis/diagnóstico de VIH

\*\*\*Este formulario de consentimiento expira noventa (90) días después de la fecha en que fué firmado o: \_\_\_\_\_

fecha específica, evento o condición. El plazo no puede ser de más de noventa (90) días.

\*Si la autorización tiene fines comerciales, indicar si la Red Regional de Servicios Médicos St. Joseph/Centro Médico St. Joseph recibirá alguna compensación a cambio del uso o revelación de la información médica confidencial.

\_\_\_\_SÍ \_\_\_\_NO

**Prohibición de condicionar el tratamiento a la firma de la autorización:** La Red Regional de Servicios Médicos St. Joseph/Centro Médico St. Joseph no condicionará el tratamiento a la firma de esta autorización a menos que:

- el tratamiento que usted recibe esté relacionado con un estudio clínico; o
- la única razón de su consulta sea la emisión de un informe destinado a un tercero, tal como a su empleador (p. ej. capacidad de reincorporarse al trabajo) o escuela (p. ej. exámen físico).

**Revelación posterior:** Comprendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta autorización puede no estar más protegida por la ley federal de privacidad (conocida como HIPAA) y que el receptor de la información clínica puede, potencialmente, revelarla nuevamente. Sin embargo, de conformidad con los *Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements, 42 CFR Part 2*, el receptor puede estar prohibido de revelar información identificable sobre abuso de sustancias tóxicas.

Este consentimiento puede ser anulado en cualquier momento, a menos que la organización que debe liberar la información ya haya tomado medidas con arreglo a sus términos. Esta información está siendo revelada de historiales médicos protegidos por reglamentaciones federales y por la legislación del estado de Pensilvania. Otra revelación de esta información está prohibida, a menos que cuente con la autorización por escrito de la persona a que pertenece, o esté permitida o autorizada de otra manera por las leyes y reglamentaciones estatales y federales aplicables. Una autorización general no es suficiente a esos fines. Comprendo que el procesamiento de esta solicitud puede implicar un gasto, incluidos un recargo por la copia de cada página, el impuesto a las ventas y gastos de manipulación.

**Esta autorización es vinculante:** Las declaraciones que constan de esta autorización, rigen, son vinculantes y comprendo que tienen precedencia sobre las declaraciones contenidas en la notificación de prácticas confidenciales de la Red Regional de Servicios Médicos St. Joseph/ Centro Médico St. Joseph.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente o representante legal  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
(si no es la firma del paciente)

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Testigo

El cliente/paciente o padre/tutor autorizado a revelar la información no está en condiciones físicas de dar su firma para autorizar la revelación de la información. Ha dado su consentimiento oralmente ante testigos, y ha indicado claramente que comprendió por completo la naturaleza de esta revelación.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Testigo

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Testigo

Se ha firmado una copia que obra en poder del interesado: \_\_\_\_\_SÍ \_\_\_\_\_NO

Original: 9-6-03

**SJH153A**