

# Autorización prospectiva para divulgar información médica electrónica



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social:

XX X-XX-

## 1. Consentimiento para tratamiento

Autorizo a los médicos y al personal de Temple Health (que incluye a Temple University Physicians, Temple Physicians Inc., Temple University Health System, y Fox Chase Cancer Center Medical Group Inc.) a evaluar mis afecciones médicas y brindar atención, servicios, imágenes clínicas u otros tratamientos que resulten necesarios para alcanzar un diagnóstico y proporcionarme tratamiento de manera eficaz.

No presto mi consentimiento.

## 2. Autorización para divulgar información electrónica

Autorizo a Temple Health a divulgar por vía electrónica información de mis expedientes médicos a otros proveedores de atención médica u organizaciones a los cuales yo pueda solicitarles tratamiento, y/o a los cuales sea referido (derivado) por Temple Health, para fines exclusivamente vinculados con la atención médica. La presente autorización tendrá vigencia a menos que sea revocada (ver abajo).

## 3. Denegación de autorización para divulgar información electrónica

No autorizo a Temple Health a divulgar por vía electrónica información de mis expedientes médicos a otras organizaciones o proveedores de atención médica. Entiendo que tengo derecho a modificar esta autorización en cualquier momento completando y enviando un nuevo formulario de *Autorización prospectiva para divulgar información electrónica*.

La información que se divulgará podría incluir notas de los médicos sobre la evolución, información actual e histórica sobre el diagnóstico, lista de problemas, medicamentos y alergias a medicamentos, vacunas, resultados de análisis de laboratorio y procedimientos de prueba, signos vitales, condición de fumador o no fumador, plan de atención, imágenes clínicas y datos demográficos. Esta divulgación no autoriza el uso de información del paciente para fines distintos del tratamiento, el pago de servicios médicos y las operaciones de práctica clínica.

**Información confidencial:** Entiendo que si he recibido tratamiento por sida/VIH, dependencia de drogas o alcohol, problemas psiquiátricos y/o de salud reproductiva, mis expedientes podrían contener información sobre dicho tratamiento. Entiendo que mis registros se encuentran protegidos en virtud de la Ley Federal de Privacidad (Federal Privacy Act), la Ley General 93-75, la Ley Federal de Uso Indevido del Alcohol y las Drogas (Federal Alcohol and Drug Abuse Act), la Ley General 92-282, la Ley de Procedimientos de Salud Mental de Pennsylvania (Pennsylvania Mental Health Procedures Act) de 1976, y la Ley de Confidencialidad de la Información Relacionada con VIH de Pennsylvania (Pennsylvania Confidentiality of HIV-Related Information Act), y por lo tanto, no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, salvo que las reglamentaciones establezcan lo contrario. **Entiendo que, si no deseo que estos expedientes confidenciales se compartan con terceros, debo marcar el casillero que aparece debajo del número 3 (tres) más arriba “No autorizo a Temple Health a divulgar, por vía electrónica, información de mis expedientes médicos a otras organizaciones o proveedores de atención médica”, y firmar a continuación.**

**Derecho a revocar esta autorización:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito (excepto con respecto a lo ya actuado por Temple Health en función de esta autorización). Para revocar esta autorización, puedo completar un nuevo formulario de *Autorización prospectiva para divulgar información médica electrónica* y enviarlo a la oficina de mi proveedor, o enviar un pedido por escrito a Temple University Physicians, Operations Center, Attention Privacy and Security Officer, Kresge Hall, 3440 N. Broad Street, Room 100, Philadelphia, PA 19140.

## 4. Firma del paciente o tutor legal\*

Fecha

\* Si esta autorización es firmada por una persona distinta del paciente, se requiere prueba de autorización e identificación.

Si no se trata del paciente, indique en imprenta el nombre de la persona que firma este formulario:

Autorización para firmar en nombre del paciente:  Padre  Tutor legal  Otro \_\_\_\_\_

## 5. Este es un consentimiento verbal brindado por una persona que se encuentra físicamente impedida de firmar.

Nombre del primer testigo, en imprenta:

Firma:

Fecha:

Nombre del segundo testigo, e imprenta:

Firma:

Fecha:

**6. Declaración del intérprete:** He interpretado: La información y las recomendaciones suministradas al (a la) paciente por el proveedor de servicios de salud que obtiene este consentimiento. Las preguntas del (de la) paciente al proveedor de servicios de salud. He realizado esta interpretación mediante: lenguaje de señas americano o verbalmente en el idioma \_\_\_\_\_. A mi leal saber y entender, el/la paciente comprendió esta interpretación.

Intérprete:

Fecha / Hora: