

Autorización para la Divulgación de Información de Atención Médica
Por favor lea las dos páginas antes de firmar

Esta Autorización da permiso a la Escuela Milton Hershey para usar y/o divulgar información de salud sobre de un estudiante.

1. Yo autorizo a la Escuela de Milton Hershey divulgar la siguiente información de los registros de salud de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

2. Información de salud cubierta (consulte a continuación los registros marcados con un (**))

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros Médicos | <input type="checkbox"/> Registros de Vacunas | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Registros Dentales | <input type="checkbox"/> Registros de Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Registro de Asistencia Social |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psiquiátrica* | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicológica* | <input type="checkbox"/> Historia Psicológica * |
| <input type="checkbox"/> Intercambios Verbales | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Resumen de Tratamiento hasta la fecha |
| <input type="checkbox"/> Registros Educacional | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Yo entiendo que esto incluirá la siguiente información indicada con las iniciales debajo:

Yo entiendo que esto incluirá la siguiente información indicada y marcada con iniciales debajo:

- Iniciales _____ **SIDA o Infección de VIH ***
- Iniciales _____ **Salud del Comportamiento***
- Iniciales _____ **Tratamiento de abuso de alcohol o drogas***
- Iniciales _____ **Registros de Cuidado de la Salud Reproductiva ***
- Iniciales _____ **ITS o Otras Enfermedades de notificación obligatoria**

*Pacientes específicamente deben de autorizar el divulgo del estatus de SIDA/VIH, ITS o otras enfermedades de notificación obligatoria, tratamiento de abuso de drogas o alcohol y registros de cuidado de la salud reproductiva. Pacientes de 14 años de edad o más debe autorizar la divulgación registros de tratamiento psiquiátricos, de salud del comportamiento o tratamiento psicológicos. **Si se solicitan registros para el tratamiento del abuso de drogas o alcohol, se requiere una Autorización específica por separado para ese propósito.**

La ley de Pensilvania le prohíbe divulgar más información, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o esté autorizada por la ley de confidencialidad de la información relacionada con el VIH. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito.

Yo entiendo que la entidad cubierta que está buscando autorización podría no conceder con esta autorización o podría rechazar la firma de esta autorización la condición del tratamiento, pagos, matrícula en el plan de salud o la elegibilidad en los beneficios.

3. Esta información deber ser divulgada a (incluya dirección de correo y/o número de fax):

4. Propósito de Autorización:

- Para asistir a la Escuela de Milton Hershey en proporcionar atención médica integral para el paciente.
- Para facilitar continuamente del cuidado
- A solicitud de proveedores externos del cuidado de salud
- Otro: _____

5. Expiración de Autorización:

- Estudiantes Actuales: Terminación de inscripción o graduación de la Escuela Milton Hershey
- Alumnos: 1 año de la fecha de la solicitud
- Un año desde la firma
- Otro: _____

6. Usted puede revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto hasta el grado de que nosotros hemos confiado en la Autorización, enviando una revocación por escrito a la Escuela de Milton Hershey a la siguiente dirección:

Beth Shaw, Ph.D.
Executive Director, Student Support Services
Milton Hershey School
P.O. Box 830
Hershey, PA 17033-0830

Fax: (717) 520-2068
Teléfono: (717) 520-3069

La revocación de esta Autorización puede afectar la inscripción del estudiante en Milton Hershey School.

Yo he leído y entiendo esta Autorización, y autorizo el uso y la divulgación de la información de salud sobre el paciente nombrado como se describe en esta Autorización.

Firma del Paciente (o Representante Personal)

Nombre del Representante Personal y Relación al Paciente

Firma de Testigo

Fecha

Yo he sido ofrecido una copia de este documento y yo he : _____ Aceptado _____ Rechazado