

Centro Médico del Área Broad Top, Inc. (BTAMC)

Autorizo el uso/divulgación de la información que se describe a continuación:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Última Primera Medio
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CEPOS: _____
 Teléfono: _____ - _____ - _____

Autorizo a BTAMC a: **Liberar mis registros a:** **Solicitar mis registros a:**

Nombre: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____ Fax: ____ - ____ - ____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CEP: _____

Información para liberar o solicitar: Fecha(s) de servicio: ____/____/____ a ____/____/____

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial médico completo | <input type="checkbox"/> Rayos X/Imagen | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Registro dental completo | <input type="checkbox"/> Atención hospitalaria | <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> Urgencias |
| <input type="checkbox"/> Registros de inmunización | <input type="checkbox"/> Notas de oficina | <input type="checkbox"/> Atención hospitalaria | <input type="checkbox"/> Resumen de baja |
| <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento por drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Salud Conductual | <input type="checkbox"/> Otros (Especificar): _____ |

**Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso a continuación para facilitar información sobre salud mental, tratamiento de trastornos por uso de sustancias o información relacionada con el VIH/SIDA.*

Propósito de la divulgación/liberación:

- Cuidado continuado Seguro Legal Personal Otro (especificar): _____

Entiendo lo siguiente:

- Entiendo que este consentimiento es voluntario y que puedo negarme a firmar esta autorización en cualquier momento. Negarme a firmar esta autorización no afectará mi tratamiento, el pago de mi reclamación, la inscripción en el seguro médico ni la elegibilidad para los beneficios. Entiendo que esta autorización expirará en noventa (90) días o cuando se liberen los registros de los datos solicitados. Cualquier solicitud posterior a esta fecha necesitará una autorización separada. Puedo retirar (revocar) esta autorización por escrito y entender que algunos registros pudieron haberse liberado antes de que se retirara la autorización.
- Entiendo que BTAMC proporcionará acceso o copias de los expedientes médicos solicitados **dentro de los treinta (30) días** posteriores a recibir una autorización válida, de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.
- Entiendo que, una vez que mis registros se liberen a personas o entidades distintas de proveedores sanitarios, planes de salud o agencias gubernamentales/contratistas, la información puede ser revelada de nuevo por el destinatario y dejará de estar protegida por las leyes federales de privacidad, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).
- Puedo conseguir una copia de este formulario después de firmarlo.
- Tengo derecho a recibir mis historiales médicos en formato electrónico, si está disponible.
- Entiendo que mis registros están protegidos bajo HIPAA, la Ley Federal de Privacidad, la Ley Federal de Abuso de Alcohol y Drogas, la Ley de Confidencialidad de la Información Relacionada con el VIH de Pensilvania, y por lo tanto no pueden ser divulgados sin mi permiso por escrito, salvo que se disponga lo contrario en la normativa.

Doy mi consentimiento para la publicación de estos registros, que entiendo pueden incluir información psiquiátrica, información sobre drogas y alcohol, y/o información sobre VIH/SIDA.

Autoricé a la siguiente persona a recoger mis registros. **NOTA: Se requerirá identificación con foto para recoger los registros.**

Nombre: _____ Pick up Fecha : ____/____/____

Si está disponible, solicito mis registros en formato electrónico

Correo electrónico (Dirección): _____

X _____ /____/____
 Firma del paciente o representante legal autorizado para firmar por el paciente. Fecha

Nombre impreso del paciente o representante legal autorizado para firmar por el paciente. Relación si no es paciente

X _____ /____/____
 Firma de la persona autorizada para recoger registros Fecha



Centro Médico Broad Top Area, Inc. Direcciones de ubicación y números de teléfono

Broad Top Medical Center

4133 Medical Center Drive, PO Box 127
Broad Top, PA 16621-9001
Phone: 814-635-2916
Fax: 814-635-2918

Belleville Wellness Center

375 S. Kishacoquillas Street
Belleville, PA 17004-8620
Phone: 717-935-4011
Fax: 717-935-4012

Mount Union Medical Center

95 S. Park Street
Mount Union, PA 17066-1334
Phone: 814-542-8627
Fax: 814-542-5444

Juniata Valley BTAMC Clinic

846 Medical Center Drive, PO Box 355
Alexandria, PA 16611-2936
Phone: 814-667-7400
Fax: 814-667-7395

Southern Huntingdon County Dental Clinic

626 Water Street, Suite 2, PO BOX 146
Orbisonia, PA 17243-9432
Phone: 814-447-3159
Fax: 814-447-3195

Trough Creek Medical Center

358 Seminary Street, PO Box 158
Cassville, PA 16623-6203
Phone: 814-448-9226
Fax: 814-448-2068

Huntingdon Family Care Center

835 Washington Street, PO Box 185
Huntingdon, PA 16652-1725
Phone: 814-506-8114
Fax: 814-506-8553 or 814-506-8623

Pediatric & Family Healthcare

6311 Margy Drive, Suite 2
Huntingdon, PA 16652-6934
Phone: 814-506-8490
Fax: 814-506-8493

Southern Huntingdon County Medical Center

626 Water Street, Suite 1, PO Box 40
Orbisonia, PA 17243-9432
Phone: 814-447-5556
Fax: 814-584-5741

Primary Care Center

790 Bryan Street, Suite 2
Huntingdon, PA 16652-2410
Phone: 814-907-3400
Fax: 814-907-3500

Family Wellness Center

419 14th Street
Huntingdon, PA 16652-1726
Phone: 814-643-3205
Fax: 814-643-6903

Walk-In Clinic

6678 Towne Center Blvd.
Huntingdon, PA 16652-6934
Phone: 814-643-1232
Fax: 814-643-4267