Attention: HIM Department
1855 Powder Mill Road
York, Pa 17402
Phone: (717)-848-4800
Fax: (717)-741-9867

OSS Health

Autorización para usar o divulgar información médica protegida
Esta autorización otorga permiso a OSS Health para usar y/o divulgar información de salud protegida.
Authorization to use or disclose Protected Health Information
This authorization gives OSS Health permission to use and/or disclose protected health information.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Patient Name Birth Date

Autorizo el uso/divulgación de información sobre mí como se describe a continuación
I authorize the use/disclosure of information about me as described below

Para obtener de/To obtain from:	Revelar a Disclose to:
Proveedor/Provider: _____ □ Estado de OSS/OSS Health Otro/Other: _____ _____ Teléfono/Phone: _____ Fax: _____	Proveedor/Provider: _____ □ Estado de OSS/OSS Health Otro/Other: _____ _____ Teléfono/Phone: _____ Fax: _____

Por favor, especifique las fechas del servicio/ Please specify dates of service:

De/from _____ **Para/to** _____ **Parte del cuerpo/Body part:** _____

Método de liberación solicitado/Release mothod requested
- □ Recogida/Pick up: lugar/location: _____
- □ Portal del Paciente/Patient Potral
- □ Correo/Mail
- □ Fax _____

Información de salud personal solicitada *(la información suministrada a través de CD está en formato PDF y no está encriptada)*

Personal health information requested *(Information supplied via CD is in PDF format and is not encrypted)*
- □ Resumen de la historia clínica (historial y examen físico, resumen de alta, informe de procedimiento, informes de laboratorio/patología, informes de diagnóstico/imagen, lista de medicamentos, notas de visita al consultorio) Fisioterapia
  Medical record abstract (history and physical, discharge summary, procedure report, laboratory/pathology reports, diagnostic/Imaging reports, medication listing, office visit notes)
- □ Información de facturación/ Physical Therapy
- □ Informes de imágenes/Billing information
- □ Estudios de imagen en CD o correo electrónico, especifique: _____
- □ Imaging studies on CD or email, please specify
- □ Otros registros según se especifique: _____
  Other Records as specified

Con el fin de/For purpose of:
- □ Continuación de la atención (segunda opinión, traslado, reubicación)/Continuation of care (second opinion, transfer, relocation)
- □ Discapacidad/ Disability
- □ Personal
- □ Otros: especificar/ Other: specify _____

Attention: HIM Department
1855 Powder Mill Road
York, Pa 17402
Phone: (717)-848-4800
Fax: (717)-741-9867

OSS Health

Al firmar esta autorización, entiendo que;

- La solicitud de copias de registros médicos está sujeta a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
  Request for copies of medical records are subject to reproduction fees in accordance with federal/state regulations.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al Departamento de Información de Salud a la atención del Oficial de Privacidad. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
  I have the right to revoke this authorization at any time. Revocation must be made in writing and presented or mailed to the Health Information Department attention Privacy Officer. Revocation will not apply to information that has already been disclosed in response to this authorization.
- A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará **en la siguiente fecha/evento/condición: _____**
  Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date/event/condition:
  Si no especifico una fecha/evento/condición de vencimiento, esta autorización **caducará 120 días después de la fecha de firma.**
  If I fail to specify an expiration date/event/condition, this authorization will expire 120 days after date signed.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a si firmo o no esta autorización.
  Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on whether I sign this authorization.
- Cualquier divulgación de información conlleva el potencial de divulgación no autorizada y, si se aplica a la información, es posible que no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.
  Any disclosure of information carries with it the potential for unauthorized disclosure and apply to information may not be protected by federal confidentiality rules
- Entiendo que la información que se divulgará puede incluir registros relacionados con el comportamiento y / o la atención de la salud mental, el abuso de alcohol y drogas, el VIH / SIDA, enfermedades transmisibles, el abuso doméstico / sexual, la hepatitis, la genética, los antecedentes familiares, etc. Es posible que se me cobre por las copias de acuerdo con la ley estatal o la ley federal.
  I understand the information to be released may include records related to behavior and/or mental health care, alcohol and drug abuse, HIV/AIDS, communicable diseases, domestic/sexual abuse, hepatitis, genetics, family history etc.. I may be charged for copies in accordance with state law or federal law.
- 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 este documento. Authorization.
  I have read and understand this authorization, and authorize use and disclosure of Health Information about the named patient as described in this authorization

Firma del paciente (18 años o más): _____ Fecha:_____
Signature of patient (18 years or older) Date

Firma del representante legal/relación: _____ Fecha:_____
Signature of legal representative/relationship Date