



OSS Health  
 A la atención de: HIM Department  
 Attention: HIM Department  
 1855 Powder Mill Road  
 York, PA 17402  
 Teléfono: (717) -848-4800  
 Fax: (717)-741-9867

**Autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida**

Esta autorización otorga permiso a OSS Health para usar y/o divulgar información de salud protegida.

**Escriba en letra de imprenta o a máquina toda la información excepto la firma**

**Authorization to use or disclose Protected Health Information**

This authorization gives OSS Health permission to use and/or disclose protected health information.

**Print or type all information except signature**

**Nombre del Paciente/ Patient Name:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento/Birth Date:** \_\_\_\_\_

Autorizo \_\_\_\_\_  
 a que se divulguen mis registros médicos (información de salud protegida) a:  Mi mismo (incluya su dirección) o a las personas enumeradas a continuación  
 I authorize to release my medical records (Protected Health Information) to:  Myself (include address) or list below

Nombre y dirección de la persona, médico, hospital, agencia u otro autorizado/Name and address of authorized person, doctor, hospital, agency or other

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

**Método de divulgación solicitado/ Release method requested:**

- Papel/Paper
- Portal del paciente/ Patient Portal
- CD (la información que se suministra mediante CD está en formato PDF y no/ CD (Information supplied via CD is in PDF format and is not encrypted)
- Por correo a/Mail to
- Listo para recoger/ Hold for pick up

Nombre/Name: \_\_\_\_\_

Dirección/Address: \_\_\_\_\_

**Especifique las fechas de servicio y la parte del cuerpo/Please specify dates of service and body part/ Información personal de salud solicitada/ Personal health information requested:**

<input type="checkbox"/> Resumen de registros médicos (historia clínica, examen físico, resumen del alta, informe operatorio/informe de procedimiento, patología, pruebas de laboratorios y radiografías)/ Medical record abstract (H&P, discharge summary, operative report/procedure report, pathology, labs and x-rays)	
<input type="checkbox"/> Notas de la oficina del proveedor/ Provider office note(s)	<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico / History & Physical
<input type="checkbox"/> Registros de medicamentos/ Medication record(s)	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio/ Lab result(s)
<input type="checkbox"/> Resumen del alta/ Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Información de facturación/ Billing information
<input type="checkbox"/> Patología/ Pathology	<input type="checkbox"/> Informe operatorio/informe de procedimiento/ Operative Report/ procedure report
<input type="checkbox"/> Registro de vacunación Immunization record	<input type="checkbox"/> Terapia física/rehabilitación/ Physical therapy/rehab
<input type="checkbox"/> Notas de progreso del hospital/ Hospital progress note(s)	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa/ Entire Medical Record
<input type="checkbox"/> Otros registros según se especifica/ Other Records as specified: _____	
<input type="checkbox"/> Informes de radiología/ Radiology reports	
Diagnóstico por imágenes/Images: <input type="checkbox"/> IRM/MRI <input type="checkbox"/> TC/CT <input type="checkbox"/> Rayos X/X-rays <input type="checkbox"/> Ultrasonido/ Ultrasound	



OSS Health  
 A la atención de: HIM Department  
 Attention: HIM Department  
 1855 Powder Mill Road  
 York, PA 17402  
 Teléfono: (717) -848-4800  
 Fax: (717)-741-9867

**Con el propósito de/ For purpose of:**

\_\_\_ Continuación de la atención (segunda opinión, traslado, reubicación)/ Continuation of care (second opinion, transfer, relocate)

\_\_\_ Discapacidad/ Disability

\_\_\_ Personal

\_\_\_ Abogado/ Attorney

\_\_\_ Indemnización laboral/ Worker's compensation

\_\_\_ Otro: especificar/ Other: specify: \_\_\_\_\_

**Al firmar esta autorización, entiendo que/By signing this authorization, I understand that;**

- 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 Oficial de Privacidad del Departamento de Información de Salud. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado 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, esta autorización **vencerá en la siguiente fecha/evento/condición:** \_\_\_\_\_  
Si no especifico una fecha/evento/condición de vencimiento, esta autorización **vence 90 días después de la fecha de firma.**  
Unless otherwise revoked, this authorization will **expire on the following date/event/condition:** \_\_\_\_\_  
If I fail to specify an expiration date/event/condition, this authorization will **expire 90 days from the date signed.**
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.  
Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on whether I sign this authorization.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada y su aplicación a información que puede no estar protegida por las normas 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 la atención de salud mental y/o conductual, el abuso de alcohol y drogas, VIH/SIDA, enfermedades transmisibles, abuso doméstico/sexual, hepatitis, genética, antecedentes familiares, etc. Es posible que me cobren 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 divulgación de información de salud acerca del paciente designado como se describe en esta autorización.  
I have read and understand this authorization, and authorize use and disclosure of Health Information about the named patient as described in this authorization.

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (18 años o más)/Signature of patient (18 years or older)

Firma del representante legal/Signature of legal representative

Fecha/Date: \_\_\_\_\_



**OSS Health**  
**A la atención de: HIM Department**  
**Attention: HIM Department**  
**1855 Powder Mill Road**  
**York, PA 17402**  
**Teléfono: (717) -848-4800**  
**Fax: (717)-741-9867**

**Relación con el paciente/Relationship to patient:**