

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE**
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

Propósito: Este documento tiene como objetivo confirmar los deseos de un individuo para que Rush use o divulgue información de salud protegida para un propósito particular.

ROI-P
Authorization for Release of
Patient Health Information



IDN13150025

Propósito del uso o divulgación solicitados: (deberá marcar uno)

Recaudación de fondos Marketing Medios de comunicación Empleador del paciente Abogado del paciente

Uso personal del paciente Otros (describa, por favor) _____

Rush no requiere autorización para la divulgación de información de salud protegida para el tratamiento, pago u operaciones médicas excepto en el caso de expedientes médicos que contienen información sobre salud mental, VIH o abuso de sustancias.*

Proporcione la siguiente información:

Nombre del paciente:	Número de teléfono:
Dirección:	
Ciudad, Estado, código postal (ZIP):	Núm. de expediente médico (si lo sabe)
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:

SECCIÓN A: Información que se permite divulgar.

Marque y ponga sus iniciales junto a la información de salud protegida específica que usted permite que se use o divulgue (si esta autorización es para una nota de psicoterapia, ningún otro tipo de información de salud protegida podrá aparecer en esta autorización).

- Médica general Iniciales: _____ Pruebas genéticas Iniciales: _____
- Salud mental* Iniciales: _____ VIH o SIDA* Iniciales: _____
- Abuso* de sustancias o alcohol Iniciales: _____
- Nombre del médico o departamento que prestó los servicios Iniciales: _____
- Otra (describa, por favor): _____

SECCIÓN B: Entidades a las que se autoriza el uso o divulgación de la información: Identifique las personas o instituciones a las que autoriza el uso o divulgación.

- Rush University Medical Center Solo el laboratorio Solo radiología
- Departamento específico u otras: (enumere, por favor) _____

SECCIÓN C: Entidades autorizadas para recibir y usar la información: Identifique las personas o instituciones a las que autoriza la recepción de la información de salud protegida descrita en la sección A.

- Rush University Medical Center Abogado del paciente Empleador del paciente
- Otras: _____
- Dirección de la persona o institución: _____

SECCIÓN D: Fecha de vencimiento de la autorización: (deberá marcar una)

- Solo esta vez 60 días desde la fecha de la firma
- Al ocurrir el siguiente evento (debe estar relacionado con el individuo o con el propósito de este uso o divulgación que se está autorizando): _____

SECCIÓN E: Lea detenidamente las siguientes afirmaciones:

Esta autorización es totalmente voluntaria. El tratamiento proporcionado por Rush no dependerá de esta autorización. Sin embargo, es posible que haya tratamientos en fase de investigación proporcionados por Rush que sí dependan de una autorización.

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE**
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

Propósito: Este documento tiene como objetivo confirmar los deseos de un individuo para que Rush use o divulgue información de salud protegida para un propósito particular.

SECCIÓN F: Paciente (o representante del paciente) que confirma la autorización.

Yo autorizo el uso o divulgación de mi información de salud protegida tal y como se describe anteriormente en la sección A. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que sirve para confirmar mi decisión de que Rush use o divulgue mi información médica para un propósito específico. Entiendo que si las personas o entidades a las que autorizo más arriba a que reciban o usen la información de salud protegida descrita anteriormente tienen que registrarse por las leyes federales de confidencialidad de la información de salud, podrían divulgar dicha información más allá de lo acordado y ésta ya no estaría protegida por las leyes de confidencialidad federales. Sin embargo, puede que cualquier tipo de información relacionada con la salud mental, el abuso de sustancias, pruebas genéticas o VIH o SIDA divulgada por Rush conforme a la autorización no sea divulgada más allá excepto en el caso de que hubiera sido autorizada por mí.

SECCIÓN G: Compensación (deberá marcar una si la autorización es para propósitos de marketing).

- Rush **no recibirá** compensación ya sea de forma directa o indirecta de terceras partes como resultado del uso o divulgación de la información de salud protegida solicitada por esta autorización.
- Rush **recibirá** compensación, becas o contratos ya sea de forma directa o indirecta de terceras partes como resultado del uso o divulgación de la información de salud protegida solicitada por esta autorización.

Derecho a revocar la autorización: Entiendo que podría cambiar de opinión y revocar esta autorización en cualquier momento mediante un documento escrito en la oficina de contratos (Contract Office) que aparece más abajo. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará en modo alguno a las acciones que se hayan podido llevar a cabo basándose en esta autorización con anterioridad a la recepción de esta revocación escrita.

Información de contacto: Health Information Management, Rush University Medical Center, 1653 West Congress Parkway, Suite 101, Chicago, IL 60612 • Teléfono: (312) 942-7262 • Fax: (312) 942-2264

PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y reflexionar sobre el contenido de esta autorización y confirmo que el contenido coincide con las instrucciones que he proporcionado. Entiendo que, al firmar este documento, estoy confirmando mi autorización para que usen o divulguen a las personas o entidades mencionadas en este documento la información de salud protegida descrita anteriormente.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si la autorización es firmada por un representante del paciente, llene los datos siguientes:

Nombre del representante: _____

Relación con el individuo: _____ **Fecha:** _____

Si esta autorización es necesaria para la obtención de expedientes de salud mental, deberá ser firmada por un testigo.

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____

TO BE COMPLETED BY RUSH WORKFORCE MEMBER

SECTION H: Verification of Identity & Authority: How did you verify the person's identity and relationship to the individual or to the company, organization or government agency? **Always try to obtain a copy of what you relied upon to identify the person. Attach the copy to this form.**

- Personal identification (e.g., driver's license, photo ID) I know the person
- Government credentials (e.g., badge, identification card, and appropriate document on government letterhead).

Identify the authority of the person to receive access to the protected health information to be disclosed. (You do not need to verify authority to disclose to a properly identified individual or patient who is the subject of the information.)

- Authority of the person is known: explain _____
- Personal representative status (e.g., identification as parent, guardian, executor, administrator, power of attorney).
- Warrant, subpoena, order, summons, civil investigation demand or other legal process.