



Rush Copley Medical Center



HIM ROI Authorization

Affix Patient Sticker Here

AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN DE SALUD

****Podría haber un cobro por la obtención de las copias ****

Nombre del Paciente: _____ Número de Expediente Médico _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Teléfono(____) _____

Por la presente, autorizo al hospital Copley Memorial a:

PARA REVELAR A:

PARA OBTENER DE:

Persona/Entidad/Agencia _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Formato Solicitado: Papel Disco Compacto Dirección de Correo electrónico del Paciente: _____

Descripción Específica de Información que puede ser usada/revelada:

PACIENTE INTERNO Fecha de Atención _____

PACIENTE EXTERNO Fecha de Atención _____

SALA DE EMERGENCIA Fecha de Atención _____

Por favor proporcionar el expediente médico completo (incluyendo atención interna, externa y sala de emergencia)

Por favor proporcionar la información abstracta solicitada

Otro _____

La información será utilizada/revelada para el siguiente propósito:

Atención Continúa Personal Legal Otro _____

Yo autorizo al Hospital Copley Memorial a emitir la información precisa como fue indicada:

SIDA/VIH Abuso de Drogas/Alcohol Salud del Comportamiento

Asalto Sexual Abuso en la Niñez Incapacidades en el Desarrollo

Examen Genético

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla. A menos que sea permitida por la ley, mi rechazo a firmarla no afectará la habilidad de que yo pueda obtener el tratamiento, recibir el pago, o la elegibilidad a los beneficios.

Tengo entendido que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar a la persona/ organización que emita la información por escrito. Sin embargo, la revocación no será válida si:

a) Se ha tomado una acción en la dependencia de esta autorización, o

b) Esta autorización es obtenida como una condición para obtener cobertura de seguro médico, otra ley provee al asegurado con el derecho de disputar un reclamo bajo la póliza de la misma póliza.

Entiendo que la información que autorizo a la persona o entidad para recibir, pueda ser nuevamente revelada y de ya no contar con la protección por las reglas federales de privacidad.

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condiciones _____

Firma

Paciente _____

Fecha _____

Representante Personal _____

Relación con el paciente _____

Testigo _____

Relación con el paciente _____

Se requiere bajo ley de contestar a este pedido en el lapso de 30 días de haber recibido la solicitud.