

(For Official Use Only)



# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Authorization for Release of Patient Health Information



IDN13151000

PATIENT NAME \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

MEDICAL RECORD # \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** La presente autorización tiene como propósito la divulgación de la información relacionada con su atención médica, según se indica. Las preguntas que pueda tener sobre este formulario diríjalas a la Oficina de administración de información médica: Rush University Medical Center, ATTN: Health Information Management Office, 1611 West Harrison Street, L1, Suite 001, Chicago, IL 60612, Teléfono: (312) 942-7262, Fax: (312) 942-2264.

Se debe completar el formulario en su totalidad.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_  
Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA DE PARTE DE: (Marque el casillero o complete la información)

Rush University Medical Center  Rush Oak Park Hospital

Nombre de la persona o de la organización: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

## DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA A: (El solicitante puede recibir la factura, salvo que se trate de un consultorio médico de atención continuada)

Marcar el casillero si es la misma información del paciente antes proporcionada

Nombre de la persona o de la organización: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

## PROPÓSITO:

Continuidad de la atención  Registros personales  Seguro  Legal  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

FECHAS: desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## DEPARTAMENTO/CENTRO AL QUE SE DIVULGAN LOS EXPEDIENTES:

### TIPO DE VISITA

<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio/ Clínica	Dr./Dpto. _____
<input type="checkbox"/> Sala de emergencias		Ubicación _____
<input type="checkbox"/> Otro _____		Dr./Dpto. _____
_____		Ubicación _____
_____		Dr./Dpto. _____
_____		Ubicación _____

## INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA:

PASO 1 DE 3	PASO 2 DE 3 (SI ES NECESARIO)	PASO 3 DE 3 (SI ES NECESARIO)
<input type="checkbox"/> Solo un resumen <i>(Más reciente: Resumen del alta, Historial y físico, Notas de oficina, Informes operativos, Informes patológicos, Consultas, Electrocardiogramas, Informes de radiología, Informes de laboratorio)</i> <input type="checkbox"/> Historial médico completo <input type="checkbox"/> Otro; o además del Resumen, seleccione alternativas en el Paso 2	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta/Reclamo <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas cardiológicas/ Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Registro de emergencias <input type="checkbox"/> Informes de electromiografías Electroencefalogramas <input type="checkbox"/> Historial y físico <input type="checkbox"/> Registros de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Filmaciones <input type="checkbox"/> Informes	<p align="center"><b>INFORMACIÓN ADICIONAL A DIVULGAR*</b></p> <p align="center">SE REQUIEREN LAS INICIALES DEL PACIENTE Y LA FECHA PARA CADA ÍTEM</p> <input type="checkbox"/> Prueba genética Iniciales___ Fecha___ <input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol Iniciales___ Fecha___ <input type="checkbox"/> VIH Iniciales___ Fecha___ <input type="checkbox"/> Información sobre salud mental/ Desarrollo Discapacidad Iniciales___ Fecha___
	<input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Expediente del consultorio del médico <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Imágenes <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____	<p>*Se solicita la firma de un testigo en la página 2</p>

(For Official Use Only)



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

PATIENT NAME \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

MEDICAL RECORD # \_\_\_\_\_

### LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CON ATENCIÓN:

Comprendo que la presente autorización es voluntaria. El centro Rush no condicionará su tratamiento por causa de esta autorización. No obstante, el centro Rush puede condicionar el suministro del tratamiento relacionado con la investigación al proporcionar una autorización.

Comprendo que puedo cambiar de opinión y revocar la presente autorización en cualquier momento al enviar una nota por escrito acerca de mi revocación a la oficina de contacto antes mencionada. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará las medidas que Rush tomó basándose en la presente autorización antes de que el centro Rush recibiera mi notificación de revocación por escrito.

Autorizo el uso y/o la divulgación de mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés), según se describió antes. Comprendo que la presente autorización es voluntaria y tiene el propósito de confirmar mi decisión para que el centro Rush pueda usar y/o divulgar mi PHI para un propósito específico. Entiendo que, si las personas u organizaciones que autoricé antes para recibir y/o usar la PHI antes descrita están sujetas a las leyes federales sobre la privacidad de la información médica, éstas pueden realizar una divulgación adicional de la PHI y ya no contarán con la protección de las leyes federales de privacidad de la información médica. Comprendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se ha de divulgar de conformidad con esta autorización y que puedo obtener una copia de la información comunicándome con la oficina que se menciona antes.

He tenido la oportunidad plena de leer y considerar los contenidos de la presente autorización y confirmo que dichos contenidos son coherentes con la instrucción impartida al centro Rush. Comprendo que al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización para que el Rush pueda usar y/o divulgar la PHI descrita en este formulario a las personas y/u organizaciones que se mencionan en éste.

**VIGENCIA:** La presente solicitud de autorización no corresponde a ninguna de las fechas de tratamiento más allá de la fecha que acompaña a la firma. Puede elegir proporcionar un evento (relacionado con usted, o con el propósito relacionado con el uso/la divulgación) con el cual caducará su autorización, salvo que se soliciten los registros de salud mental. De otro modo, esta autorización caducará a los noventa (90) días calendario luego de la fecha de la firma.

### FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE PERSONAL:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante personal

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Si firma otra persona que no es el paciente: Escriba en letra de MOLDE el nombre del representante

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Si firma otra persona que no es el paciente: Determine la relación con el paciente

\*(La firma de un testigo que haya verificado la identidad del paciente/representante personal es necesaria para los registros de salud mental/incapacidad del desarrollo, pruebas genéticas, VIH y abuso de drogas/alcohol). Asimismo, la firma del paciente es necesaria para los registros de salud mental si es mayor de 12 años y menor de 18.)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo en LETRA DE MOLDE

N.º de teléfono \_\_\_\_\_