



AUTORIZACION PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES: Por este documento usted autoriza la divulgación de su información de atención médica, como se indica. Por favor, dirija cualquier pregunta sobre este documento a : Rush University Medical Center and Rush Oak Park Hospital, ATTN: Health Information Management Office, 1611 West Harrison Street, L1, Suite 001, Chicago, IL 60612, Teléfono: (312) 942-7262, Fax: (312) 942-2264 o a Rush Copley Medical Center, ATTN: Health Information Management Office, 2000 Ogden Avenue, Aurora, IL 60504, Teléfono: (630) 978-6786, Fax (630) 978-6858.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Nombre de soltera: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Apellido, Nombre, Inicial del 2.o nombre

Nro. de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA POR: (Marque el casillero o complete con la información)

Rush University Medical Center Rush Oak Park Hospital Copley Memorial Hospital Rush Aurora Surgery Center Rush Medical Group

Nombre de individuo u organización: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ FAX #: _____

DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA A: (Se podría facturar al solicitante, a menos que se trate de un consultorio médico para la continuación de la atención)

Marque el casillero si coincide con la información del paciente anterior

Nombre de individuo u organización: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ FAX #: _____

FINALIDAD:

Continuación de la atención Para constancia personal Seguro médico Cuestiones legales Otro (especifique): _____

FORMATO DE PREFERENCIA: Impreso* CD* Fax a número: _____ Dirección de correo electrónico protegido: _____
*Si seleccionó impreso o CD: Llamar al paciente para pasar a buscar Enviar a la dirección del paciente anterior

FECHAS: Del _____ / _____ / a _____ / _____ / _____. (Ver párrafo de "Vigencia" en la página 2)

UBICACIÓN DE EXPEDIENTES SOLICITADOS:

TIPO DE VISITA:	<input type="checkbox"/> Ambulatoria / Consultorio: Dr./Dept: _____ Sede: _____ Dr./Dept: _____ Sede: _____ Dr./Dept: _____ Sede: _____
<input type="checkbox"/> Paciente ingresado <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Otra _____ _____	

INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA:

PASO 1 DE 3	PASO 2 DE 3 (SI ES NECESARIO)	PASO 3 DE 3 (SI ES NECESARIO)
<input type="checkbox"/> Resumen solamente (Resumen del alta, Historia clínica y examen físico, Notas de consultorio / progreso, Informes operativos, Notas del Dept. de Emergencia, Informes de patología, Consultas, ECG, Informes radiológicos, Informes de laboratorio) <input type="checkbox"/> Expediente médico completo <input type="checkbox"/> Otro; o además del Resumen, sección en el paso 2	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas cardíacas/ EKG <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Expediente del Dept. de Emergencia <input type="checkbox"/> Informes de EMG o EEG <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico <input type="checkbox"/> Cartillas de vacunación <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Películas <input type="checkbox"/> Informes	<input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Expediente de consultorio médico <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Imágenes <input type="checkbox"/> Informes INFORMACIÓN ADICIONAL QUE SE DIVULGARÁ* INICIAL DEL PACIENTE Y FECHA REQUERIDA PARA CADA ÍTEM <input type="checkbox"/> Prueba genética Inicial: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol Inicial: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> HIV Inicial: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Salud mental/ Discapacidad del Desarrollo Inicial: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

Esta autorización es voluntaria. Rush no condicionaría su tratamiento en base a dar esta autorización. Sin embargo, Rush puede condicionar la provisión del tratamiento relacionado con una investigación en base al otorgamiento de una autorización.

Entiendo que puedo cambiar de opinión y revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificando a la oficina de contacto antes listada. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará la acción que Rush tomó basándose en esta autorización antes de que Rush recibiera mi notificación escrita de revocación.

Autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria y se realiza para confirmar mi decisión de manera que Rush pueda usar y/o divulgar mi PHI para un propósito específico. Entiendo que si las personas u organizaciones que yo autorice arriba para recibir y/o usar la PHI antes descrita no están sujetas a leyes de privacidad de la información de salud federales, ellos pueden además divulgar la PHI y ésta puede no estar ya protegida por leyes de privacidad de información de salud federales. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que va a ser divulgada de conformidad con esta autorización y que puedo tener una copia de la información contactando a la oficina indicada arriba.

He tenido toda oportunidad de leer y considerar los contenidos de esta autorización, y confirmo que los contenidos son consistentes con mi instrucción a Rush. Entiendo que, mediante la firma de este formulario, confirmo mi autorización para que Rush pueda usar o revelar a las personas y/u organizaciones nombradas en este formulario la PHI descrita en el presente.

EFFECTIVIDAD: Esta solicitud de autorización no aplica a cualquier fecha de tratamiento más allá de la fecha de firma. Usted puede elegir estipular un evento (relacionado con usted o el propósito del uso/divulgación) sobre el cual su autorización expirará, a menos que los expedientes de salud mental sean requeridos. De lo contrario, esta autorización expirará noventa (90) días calendarios después de la fecha de firma.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE:

Firma del paciente o representante personal del paciente

Fecha: _____

Si no firma el paciente: Nombre del representante EN LETRA DE MOLDE

Nro de teléfono: _____

Si no firma el paciente: Indicar parentesco con el paciente

*(Se requiere la firma de un testigo que haya verificado la identidad del paciente/representante personal para pruebas genéticas, de VIH y registros de consumo de drogas y alcohol. Además, se necesita la firma del paciente para la revelación de expedientes de salud mental si la persona tiene más de 12 años pero menos de 18 años de edad)

Firma del testigo

Fecha: _____

Nombre del testigo en letra de molde

Nro de teléfono: _____

Indicar el parentesco con el paciente