

(For Official Use Only)



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

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

PATIENT NAME _____

Authorization for Release of Patient
Health Information



IDN13151000

DATE OF BIRTH _____

MEDICAL RECORD # _____

INSTRUCCIONES: Esta autorización la realiza usted para la divulgación de su información sobre el cuidado de la salud, según se indicó. Dirija sus preguntas sobre este formulario a: Rush University Medical Center y Rush Oak Park Hospital, Atención: Oficina de Administración de Información de Salud, 1611 West Harrison Street, L1, Suite 001, Chicago, IL 60612, Teléfono: (312) 942-7262, Fax: (312) 942-2264 o a Rush Copley Medical Center, Atención: Oficina de Administración de Información de Salud, 2000 Ogden Avenue, Aurora, IL 60504, Teléfono: (630) 978-6786, Fax: (630) 978-6858.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Apellido de soltero: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Apellido, nombre, inicial del segundo nombre

N.º de teléfono: _____

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

INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA DE: (Marque la casilla o complete la información)

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

Nombre de la persona u organización: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de FAX: _____

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

Marque la casilla si es igual a la información del paciente anterior

Nombre de la persona u organización: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de FAX: _____

FINALIDAD:

Continuación de la atención Para registros personales Seguro Legal Otro (especifique): _____

FORMATO PREFERIDO: Papel* CD* Fax al número: _____

Dirección de correo electrónico segura: _____

*Si elige Papel o CD: Llame al paciente para que lo recoja Envíe por correo a la dirección del paciente anterior

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

UBICACIÓN DE LOS REGISTROS QUE SE SOLICITAN:

TIPO DE VISITA:

- Paciente hospitalizado
 Sala de emergencias
 Otro _____

Ambulatorio/Clínica:

Dr./Dpto. _____
Ubicación _____
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 resumen (Resumen de alta, historial y examen físico, notas de consultorio/progreso, informes operativos, notas de urgencias, informes de patología, consultas, electrocardiogramas, informes de radiología, informes de laboratorio)	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas cardíacas/ECG <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Resumen de la descarga <input type="checkbox"/> Registro de emergencia <input type="checkbox"/> Informes EMG/EEG <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico <input type="checkbox"/> Registros 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"/> Registro del consultorio médico <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Imágenes <input type="checkbox"/> Informes
<input type="checkbox"/> Historial médico completo		INFORMACIÓN ADICIONAL PARA DIVULGAR* INICIAL DEL PACIENTE Y FECHA OBLIGATORIA PARA CADA PUNTO
<input type="checkbox"/> Otro; O además de Resumen, seleccione en el Paso 2		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas Inicial: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol Inicial: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> VIH Inicial: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo/ salud mental Inicial: _____ Fecha: _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH _____

MEDICAL RECORD # _____

LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

Esta autorización es voluntaria. Rush no condicionará 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.

VIGENCIA: 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/REPRESENTANTE PERSONAL:

Firma del paciente o representante personal

Fecha: _____

Si está firmado por otra persona que no es el paciente:
Nombre del representante en LETRA DE IMPRENTA

Número de teléfono: _____

Si está firmado por otra persona que no es el paciente:
Relación de estado 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 IMPRENTA

Número de teléfono: _____

Indique la relación con el paciente