



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 _____

Teléfono _____ Fax: _____

Formato preferido: Papel CD Fax (véase más arriba) Correo electrónico seguro: _____

Ubicación de la información que se va a divulgar: Copley Memorial Hospital Rush Copley Medical Group
 Rush Copley Orthopaedics Rush Copley Surgicenter

Descripción Específica de Información que puede ser usada/revelada:

- PACIENTE INTERNO Fecha de Atención _____
- PACIENTE EXTERNO Cirugía/Observación Fecha de Atención _____
- SALA DE EMERGENCIA Fecha de Atención _____
- Notas de la visita en la oficina Fecha de Atención/Proveedor _____
- Pruebas diagnósticas (laboratorio, radiografía, electrocardiograma) Fecha de Atención _____
- Cartilla de vacunación Fecha de Atención _____
- Mensajes de los pacientes
- Por favor proporcionar el expediente médico completo (Incluye todo lo anterior) Fecha de Atención _____
- Por favor proporcionar la información abstracta solicitada Fecha de Atención _____
- 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 del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante personal _____ Relación con el paciente _____

Firma del testigo _____ Relación con el paciente _____