

Autorización para divulgación de la información de salud del paciente

INSTRUCCIONES: usted otorga esta autorización para la divulgación de su información de salud como se indica. Complete todas las secciones. Las secciones que NO se completen pueden retrasar la solicitud para divulgar información.

SECCIÓN 1: Información del paciente			
Nombre:			Fecha de nacimiento:
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):			
Números de teléfono de la casa:	Celular	Trabajo	Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): XXX-XX-__
SECCIÓN 2: Autorizado para solicitud, uso o divulgación (DE)			
Solicito que la información de mis registros médicos se envíe de la persona/ubicación que se indica a continuación.			
Organización:			
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):			
SECCIÓN 3: Receptor autorizado para recibir (A)			
Solicito que la información de mis registros médicos se envíe a la persona/ubicación que se indica a continuación. Si está solicitando acceso a sus registros médicos , complete su información personal.			
Nombre:			
Organización:			
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):			
Números de teléfono de la casa:	Celular	Trabajo	Fax
SECCIÓN 4: Propósito del uso o divulgación (por ejemplo, atención adicional, reclamo de seguro, consulta de abogado, uso personal, etc.)			
SECCIÓN 5: La divulgación incluirá			
La siguiente información está autorizada para divulgación para las fechas de tratamiento de:			
Esta divulgación incluirá los siguientes tipos de informes (marque todas las opciones que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Resumen de registro (historial y físico, registro de sala de emergencias, laboratorio, radiología, informe operativo, informe de patología, informe de consulta, D/C resumen y otras pruebas de diagnóstico).			
<input type="checkbox"/> Informe de imágenes/radiología	<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Historial y físico	<input type="checkbox"/> Informe de patología
<input type="checkbox"/> Informe de emergencia	<input type="checkbox"/> Informe de consulta	<input type="checkbox"/> Registro de vacunas	<input type="checkbox"/> Factura detallada
<input type="checkbox"/> Notas de progreso/médico	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Informe de EKG/EEG/EMG	<input type="checkbox"/> Todo el cuadro
<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro:		
SECCIÓN 6: Información estrictamente confidencial que se va a divulgar			
Los siguientes puntos estrictamente confidenciales se deben desmarcar para incluirse en el uso o divulgación de la información de salud:			
<input type="checkbox"/> Información o registros de salud relacionada con el VIH/SIDA (el paciente mayor de 12 años de edad debe autorizar esta divulgación)			
<input type="checkbox"/> Información o registros de salud conductual o mental (la divulgación se debe testificar y el paciente mayor de 12 años de edad debe autorizar esta divulgación)			

Continúa en la página 2



190

Autorización para divulgación de Información de salud del paciente

Continúa de la página 1

- Información sobre enfermedades de transmisión sexual (el paciente mayor de 12 años de edad debe autorizar esta divulgación)
- Embarazo (el paciente mayor de 12 años de edad debe autorizar esta divulgación)
- Control de la natalidad (el paciente mayor de 12 años de edad debe autorizar esta divulgación)
- Información de diagnóstico, tratamiento o referencia de drogas/alcohol (el paciente mayor de 12 años de edad debe autorizar esta divulgación)
- Información o registros de pruebas genéticas
- Información sobre asalto/abuso sexual
- Información sobre abuso infantil o negligencia
- Abuso doméstico de un adulto con discapacidad

SECCIÓN 7: Fecha de vencimiento de la autorización

Esta autorización es aprobada para: Solo esta ocurrencia 60 días a partir de la fecha de la firma: _____
 1 año a partir de la fecha de la firma Fecha: _____
 *Vigente solo para esta ocurrencia si no se elige ninguna opción

SECCIÓN 8: lea cuidadosamente la declaración siguiente:

Esta autorización es voluntaria. Presence Health no condiciona su tratamiento a esta autorización, Presence Health puede condicionar la prestación de tratamiento relacionado con una investigación al otorgamiento de una autorización.
 Entiendo que puedo cambiar de opinión y revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito de mi revocación a Presence Health. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará las acciones tomadas con base a esta autorización antes de que reciban mi aviso escrito de revocación.
 Autorizo el uso o divulgación de mi Información protegida de salud (PHI) como se describe arriba. Entiendo que esta autorización es voluntaria y se hace para confirmar mi decisión para que Presence Health pueda usar o divulgar mi PHI para un propósito específico. Entiendo que, si la persona u organización autorizada arriba para recibir o usar la PHI descrita antes está sujeta a las leyes federales de privacidad de la información, ellos pueden volver a divulgar la PHI y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad de la información de salud. Sin embargo, cualquier información de salud mental, abuso de sustancias, pruebas genéticas o VIH/SIDA divulgada por Presence Health de conformidad con la autorización no se puede volver a divulgar excepto de acuerdo con mi autorización.
 Tuve toda oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización y confirmo que el contenido es congruente con mis instrucciones. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización para que usted pueda usar y divulgar a las personas y organizaciones indicadas en este formulario la PHI descrita en este formulario.
 Entiendo que puede haber un cargo razonable para obtener una copia de estos registros. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización después de mi firma a continuación.
Aviso para la agencia/persona que recibe: según las disposiciones de la Ley de confidencialidad de discapacidades en el desarrollo y salud mental de Illinois, usted no puede volver a divulgar ninguna parte de esta información a menos que la persona que autorizó esta divulgación dé su consentimiento específico para dicha nueva divulgación. Según la Ley Federal del 1 de julio de 1975, Confidencialidad de los registros de abuso de alcohol y de sustancias del paciente, ninguno de esos registros u información de esos registros se puede volver a divulgar sin una autorización escrita para la nueva divulgación.

SECCIÓN 9: Firma

Firma del paciente:	Fecha:
Nombre del representante personal: (letra de molde)	Número de teléfono del representante personal:
Relación y autoridad del representante personal con el paciente:	
Firma del representante personal:	Fecha:
Nombre del testigo (requerido para la divulgación de información de salud mental):	Fecha:
Firma del testigo:	Fecha:

SECCIÓN 10: Verificación de autoridad

¿Cómo se autoriza la identidad, autoridad y relación de la persona con el paciente?	<input type="checkbox"/> Estado del representante personal (identificación como padre, tutor, ejecutor, administrador, apoderado)
<input type="checkbox"/> Identificación personal	<input type="checkbox"/> Mandato judicial, citación, orden, convocatoria, investigación civil u otro proceso legal
<input type="checkbox"/> Credenciales de gobierno	
<input type="checkbox"/> Autoridad conocida	<input type="checkbox"/> Testificado por:

SECCIÓN 11: Formato solicitado **SECCIÓN 12: Método de envío**

<input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/> Electrónico	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Entrega personal
---	---




190

Autorización para divulgación de Información de salud del paciente

PÁGINA 2 DE 2 PH-225 9/13