

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

N.º de expediente médico: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

DIVULGAR LOS REGISTROS MÉDICOS DE:

West Suburban Medical Center

Otro: _____

INFORMACIÓN SOLICITADA: (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen médico/legal | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe/Filmaciones de imágenes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informe de paciente ambulatorio | <input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | |

MI INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL: Si marca cualquiera de las casillas al lado de una categoría de Información altamente confidencial, que figuran abajo, específicamente autorizo el uso y/o la divulgación de la categoría de información altamente confidencial que se indica al lado de la casilla, si es necesario usar o divulgar ese tipo de información de conformidad con esta Autorización.

- Información psiquiátrica/de salud mental, sobre discapacidades de desarrollo o retraso mental (se requiere la firma conjunta del padre/madre/tutor para la divulgación de información psiquiátrica de pacientes de entre 12 y 17 años de edad)
- Pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH y SIDA (incluidos el hecho de que se hayan indicado, realizado o informado pruebas de VIH, independientemente de si los resultados de dichas pruebas fueron positivos o negativos)
- Enfermedades contagiosas, incluidos los diagnósticos/resultados de laboratorio/el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Diagnóstico/tratamiento por alcoholismo/abuso de drogas o adicción
- Abuso o negligencia infantil Violencia doméstica de parte de un adulto Agresión sexual Evaluación genética

Fechas de tratamiento: _____

Propósito: Autorizo al West Suburban Medical Center a usar o divulgar mi información de salud (incluida la información altamente confidencial que seleccioné arriba, de haberla) durante el plazo de esta autorización con los siguientes fines específicos:

- Atención médica continua Uso personal Abogado/caso legal
- Solicitud o reclamo de incapacidad/seguro médico Otros (especifique): _____

Período durante el cual esta Autorización estará en vigencia:

- A partir de la fecha de esta Autorización hasta _____ Hasta que se produzca lo siguiente: _____
- Hasta que West Suburban Medical Center cumpla esta solicitud Otros (especifique): _____

MÉTODO DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN:

Pasaré a buscar los expedientes médicos por el Departamento de Administración de Información de Salud (Expedientes médicos) antes mencionado.

Enviar una copia electrónica de mi expediente médico a:

Divulgar a: _____ Correo electrónico: _____

Enviar el expediente médico por correo postal a:

Divulgar a: _____

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

Teléfono: _____ Fax: _____



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO

Comprendo que una vez que West Suburban Medical Center divulgue mi información médica al destinatario, West Suburban Medical Center ya no puede garantizar que el destinatario no divulgará esa información médica a un tercero. Es posible que al tercero no se le exija atenerse a esta Autorización o a la ley federal y del estado de Illinois vigentes que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Comprendo que West Suburban Medical Center puede, de manera directa o indirecta, recibir remuneración de parte de un tercero en relación con el uso o la divulgación de mi información médica.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que ese rechazo o esa revocación no afectarán el comienzo, la continuidad ni la calidad de mi tratamiento en West Suburban Medical Center excepto, sin embargo, si mi tratamiento en West Suburban Medical Center tiene como único propósito crear información de salud para divulgar al destinatario identificado en esta Autorización, en cuyo caso, West Suburban Medical Center puede rehusarse a tratarme si no firmo esta Autorización.

Comprendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que se venza el plazo de vigencia de esta Autorización o hasta que yo proporcione una notificación por escrito de revocación al Funcionario de Privacidad de West Suburban Medical Center en la dirección que se muestra más adelante. La revocación tendrá efecto inmediato en cuanto West Suburban Medical Center reciba mi aviso por escrito; sin embargo, la revocación no tendrá efecto sobre ninguna acción que West Suburban Medical Center haya tomado respecto de esta Autorización antes de recibir mi aviso escrito de revocación.

Puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad de West Suburban Medical Center por correo postal a West Suburban Medical Center, 3 Erie Court, Oak Park, IL 60302 o por teléfono al 708-383-6200.

COSTOS POR LA INFORMACIÓN:

Comprendo que se me pueden cobrar las copias de la siguiente manera: Los expedientes médicos se copiarán a un costo permitido. Toda la información enviada por correo postal estará sujeta al costo de franqueo real o a otras tarifas de entrega.

Comprendo que podrán cobrarme por las copias de los expedientes médicos que he solicitado y por el franqueo. Acuerdo pagar los cargos totales cuando pase a buscar las copias o, si las copias se me envían por correo postal, acepto pagar los cargos facturados.

SI USTED NO ES EL PACIENTE:

Escriba su nombre con letra imprenta: _____

Indique su relación con el paciente: _____

¿Qué le otorga autoridad para recibir la información del paciente?

- Autorización por escrito del paciente (adjuntar)
- Es el padre/madre o tutor del paciente (adjuntar documentación que lo demuestre)
- Es el Apoderado para atención médica (adjuntar documentación que lo demuestre, por ejemplo un Poder para la atención médica)
- El paciente falleció y usted es el representante personal del patrimonio del paciente (adjuntar documentación que lo demuestre)
- Otros: _____

Afirmo que he leído y comprendo los términos y condiciones de esta Autorización y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y la divulgación de mi información médica. Con mi firma a continuación, por el presente documento autorizo, de manera consciente y voluntaria, a que West Suburban Medical Center use o divulgue mi información de salud de la forma antes descrita.

Firma

Fecha

Firma del padre o madre/tutor

Fecha