



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Se liberará la información médica especificada para el paciente que se indica a continuación, una vez completada esta autorización.

_____	_____	MI	_____	____/____/____
Apellido	Nombre		Nombre de soltera / otro	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____	_____
Número de teléfono	Dirección Calle		Ciudad y estado	Código Zip

Al solicitar información médica, marque una de las dos opciones siguientes:

- Usted es el paciente, el representante personal designado por el paciente o su tutor.
- Está afiliado a Central DuPage Health y sus organizaciones afiliadas y por ende está autorizado a solicitar información médica a nombre del paciente para continuar el tratamiento. **NOTA:** Los proveedores de atención médica pueden solicitar información médica de otro proveedor para continuar el tratamiento según lo codificado en 45 CFR 164.506(b)2 y (c)2 de la Regla de privacidad HIPAA.

Fecha del servicio solicitado: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Propósito de la divulgación: Continuación de la atención Motivos personales Seguro Legal
(REQUERIDO) Otro (completar): _____

Divulgar información de:	Divulgar la información a:
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
_____	_____

Información médica solicitada (Marcar las que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de urgencia | <input type="checkbox"/> Informe de patología | <input type="checkbox"/> Prueba psicológica | <input type="checkbox"/> Registros dentales |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Antecedentes psicosociales | <input type="checkbox"/> Placa radiográfica/CD/Informe |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y físico | <input type="checkbox"/> Terapia física, Ocupacional | <input type="checkbox"/> Informe de cateterismo cardíaco (arriba, marque con un círculo) | |
| <input type="checkbox"/> Consultas | o del habla | <input type="checkbox"/> Prueba diagnóstica cardiaca | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de progresos | <input type="checkbox"/> Exámenes psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Informes de ECG / EEG | _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Registro del consultorio del médico | |

NOTA: Si bien Central DuPage Health y sus organizaciones afiliadas hacen todos los esfuerzos para proteger la privacidad de su información médica, tenga en cuenta que la divulgación de su información médica a la persona u organización autorizada podría estar sujeta a nueva divulgación por parte del receptor y por tanto quedar fuera de la protección de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA") u otras leyes federales o estatales. Esta autorización expirará dentro de los 90 días, a menos que especifique lo contrario.

_____	_____	____/____/____
Firma de quien presenta la solicitud	Relación con el paciente	Fecha

Firma del testigo (Requerida cuando se divulgan registros de salud mental, discapacidades del desarrollo, abuso de drogas o alcohol).

_____	____/____/____
Firma del padre/tutor (para menores de 0-17)	Fecha

(LA ZONA ABAJO ES PARA USO EXCLUSIVO DE CENTRAL DUPAGE HEALTH Y SUS ORGANIZACIONES AFILIADAS)

Nombre de empleado que procesa esta solicitud (en mayúsculas): _____ Fecha recibida: ____/____/____

Fecha procesada: ____/____/____ Número de registro médico / número de cuenta(s): _____

