CENTRAL DUPAGE HEALTH
25 North Winfield Road Winfield, IL 60190-1295 (630) 933-1600

1ROI

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

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

Apellido	Nombre	MI	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:

Nombre: _____
Dirección: _____
_____

Divulgar la información a:

Nombre: _____
Dirección: _____
_____

Información médica solicitada (Marcar las que correspondan)

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

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):_____

PATIENT LABEL GOES HERE

Authorization to Release PHI SPANISH.doc
Revision Date (01/2007) / # 310sp