



## **AUTORIZACIÓN**

### **Revelación de información médica con la autorización del paciente**

#### **EN LETRA IMPRENTA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Pido que mi información médica protegida (protected health information, PHI) de \_\_\_\_\_ se revele a:**

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Autorizo la revelación de la PHI siguiente de mi(s) expediente(s) médico(s): *Encierre en un círculo***

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias  | <input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe(s) de radiología         |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de patología   | <input type="checkbox"/> Informe(s) de cardiología | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación           |
| <input type="checkbox"/> Visita al consultorio del proveedor   | <input type="checkbox"/> Asesoramiento esencial    | <input type="checkbox"/> Cualquiera y todos los registros |
| <input type="checkbox"/> Extracto/Resumen (este incluye informe de alta, antecedentes y examen físico, informe(s) operativo(s), consultas y resultados de pruebas) |  |   |
| <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de: _____   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Placa de radiología/estudios de imagenología /trazado/medios  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación detallados   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____   |  |   |

Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud mental o del comportamiento, y el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas.

***La ley estatal y federal protege la información abajo. Si esta información se refiere a usted, indique si quiere que se revele o se obtenga esta información (incluya fechas cuando corresponda):***

Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias  Sí  No Fechas: \_\_\_\_\_

Pruebas de VIH y resultados  Sí  No Fechas: \_\_\_\_\_

Salud mental  Sí  No Fechas: \_\_\_\_\_

Registros de psicoterapia  Sí  No Fechas: \_\_\_\_\_

**(OVER)**

Cobertura del período de atención médica desde: Fecha(s) específica(s): \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Propósito para pedir la información:**    Legal    Seguro    Personal    Continuidad de Cuidado  
 Otro (*especifique en la línea abajo*): \_\_\_\_\_

**Formato de la revelación (se revelará en papel si no está señalado):**

Correo de EE. UU.: formato en papel    Fax    Correo electrónico (Formato Seguro Con Cifrado)  
 Correo electrónico (Formato No Seguro, es decir, Gmail, Yahoo)    CD (Solo Imágenes de Radiología)  
 Unidad Flash: Formato Seguro  
 Otro (*especifique*): \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

- Los pedidos de copias de los expedientes médicos están sujetos a cuotas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales o estatales.
- Tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al Health Information Management Department a la dirección que sigue: *422 W White St. Clinton, IL 61727*. La revocación no se aplicará a la información que ya se ha revelado en respuesta a esta Autorización.
- A menos que se revoque, esta Autorización vencerá en la fecha/el evento/la condición que siguen:  
\_\_\_\_\_
- Si no especifico una fecha/un evento/una condición de vencimiento, esta Autorización vencerá a los **90 DÍAS** a partir de la fecha de firma.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios no se pueden condicionar a que firme esta Autorización.
- Cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada, y es posible que la información no esté protegida conforme a las normas federales de confidencialidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relacion con el paciente (si corresponde)

<i>(For Office Use Only)</i>	
Account Number: _____	Medical Record Number: _____
ID Verified By: <input type="checkbox"/> Driver's License _____	<input type="checkbox"/> Known to Me <input type="checkbox"/> Other
Released By: _____	Release Date & Time: _____