

Autorización para el Uso o la Revelación de Información Protegida de Salud

IMPRIMA EL NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ MRN: _____

DIRECCIÓN: _____

1. Fechas de visita(s) o servicio(s): _____

2. La descripción de información para ser utilizada o para ser revelada:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historia y Físico | <input type="checkbox"/> Reasuma Clínico/Resumen de Alta |
| <input type="checkbox"/> Reportes Operativos/Reportes de Patología | <input type="checkbox"/> Consulta(s) |
| <input type="checkbox"/> Reporte de la Sala de Emergencia | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Placas de Radiografía y/o Reportes de Radiología | <input type="checkbox"/> Archivo Entero |
| <input type="checkbox"/> Archivo de Paciente Externo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Para proteger a nuestros pacientes, autorización específica se requiere para liberar cierta información. Si cualquiera de la siguiente aplica, y usted desea tener esa información liberada, usted debe, a las cajas apropiadas, poner sus iniciales.

- El tratamiento de enfermedades emocionales, incluyendo 1a documentación de cualquier psicólogo o psiquiatra (Esto no incluye notas de psicoterapia.)
- El tratamiento del abuso de alcohol o abuso de sustancia
- Los resultados de prueba de HIV; del tratamiento de la infección de HIV, SIDA o complejo relacionado al SIDA

3. ¿A quien se le autoriza el uso o revelar la información? (por ejemplo, Saint Anthony Hospital): _____

4. ¿Quien es autorizado para recibir la información? _____

5. Razon que la información será utilizada o revelada (mas de una caja se puede indicar, pero debe completar los blancos si "otro" es ilidicado):

- Por petición del paciente
- Para video instructivo de paciente u otra grabacion
- Para propósitos legales (pedido de descubrimiento, citación, u otro proposito legal)
- Otro _____

(Si para propósitos de "mercadotecnia" de Saint Anthony Hospital indicar si Saint Anthony Hospital _____ recibirá pago o no _____ recibirá pago como resultado del usa o la revelación de la información. Esto no incluye el pago para servicios proporcionados al paciente.)

6. Fecha de Vencimiento o el a Contecimiento: _____

Si ninguna fecha de vencimiento es especificada, esta autorización se expirara seis meses después de que sea fumado.) Esta autorización se puede revocar en cualquier momenta notificando al Oficial de la Privaciudad por escrito al 2875 W. 19th Street, Chicago, IL. 60623, pero esto no afectara las revelaciones hechas antes de haber recibido la revocación.

Aplicables leyes federales y estatales protegen información utilizadas o reveladas de acuerdo a esta Autorización. La información revelada es sujeta a nuevas revelaciones por el recipiente y puede que ya no sea protegido por estas leyes.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que cualquier tratamiento que pueda solicitar no será condicional sobre mi firma de esta autorización. Entiendo que puedo rechazar firmar esta autorización.

FIRMA: _____ FECHA: _____

(Paciente o Representante Autorizado)

Descripción del Paciente Representante Autorizado para Firmar: _____