

(For Official Use Only)



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**  
**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION**

PATIENT NAME \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

MEDICAL RECORD # \_\_\_\_\_

Authorization for Release of Patient  
Health Information



IDN13151000

**INSTRUCCIONES:** Por este documento usted autoriza la divulgación de su información de atención médica, como se indica. Por favor, dirija cualquier pregunta sobre este documento a: Rush University Medical Center and Rush Oak Park Hospital, ATTN: Health Information Management Office, 1611 West Harrison Street, L1, Suite 001, Chicago, IL 60612, Teléfono: (312) 942-7262, Fax: (312) 942-2264 o a Rush Copley Medical Center, ATTN: Health Information Management Office, 2000 Ogden Avenue, Aurora, IL 60504, Teléfono: (630) 978-6786, Fax: (630) 978-6858.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de soltera: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido, Nombre, Inicial del 2.o nombre

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA POR: (Marque el casillero o complete con la información)**

Rush University Medical Center  Rush Oak Park Hospital  Copley Memorial Hospital  Rush Copley Surgicenter  Rush Medical Group  
 Nombre de individuo u organización: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ FAX #: \_\_\_\_\_

**DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA A: (Se podría facturar al solicitante, a menos que se trate de un consultorio médico para la continuación de la atención)**

Marque el casillero si coincide con la información del paciente anterior

Nombre de individuo u organización: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ FAX #: \_\_\_\_\_

**FINALIDAD:**

Continuación de la atención  Para constancia personal  Seguro médico  Cuestiones legales  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**FORMATO DE PREFERENCIA:**  Impreso\*  CD\*  Fax a número: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico protegido: \_\_\_\_\_

\*Si seleccionó impreso o CD:  Llamar al paciente para pasar a buscar  Enviar a la dirección del paciente anterior

**FECHAS:** Del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. (Ver párrafo de "Vigencia" en la página 2)

**UBICACIÓN DE EXPEDIENTES SOLICITADOS:**

<b>TIPO DE VISITA:</b>		<input type="checkbox"/> Ambulatoria/Consultorio: Dr./Dept. _____
<input type="checkbox"/> Paciente ingresado		Sede _____
<input type="checkbox"/> Sala de emergencias		Dr./Dept. _____
<input type="checkbox"/> Otra _____		Sede _____
		Dr./Dept. _____
		Sede _____

**INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA:**

PASO 1 DE 3	PASO 2 DE 3 (SI ES NECESARIO)	PASO 3 DE 3 (SI ES NECESARIO)
<input type="checkbox"/> Resumen solamente (Resumen del alta, Historia clínica y examen físico, Notas de consultorio/progreso, Informes operativos, Notas del Dept. de Emergencia, Informes de patología, Consultas, ECG, Informes radiológicos, Informes de laboratorio) <input type="checkbox"/> Expediente médico completo <input type="checkbox"/> Otro; o además del Resumen, sección en el paso 2	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas cardíacas/EKG <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Expediente del Dept. de Emergencia <input type="checkbox"/> Informes de EMG o EEG <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico <input type="checkbox"/> Cartillas de vacunación <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Películas <input type="checkbox"/> Informes	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL QUE SE DIVULGARÁ*</b> <b>INICIAL DEL PACIENTE Y FECHA REQUERIDA PARA CADA ÍTEM</b> <input type="checkbox"/> Prueba genética Inicial: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol Inicial: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> VIH Inicial: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Salud mental/ Discapacidad del Desarrollo Inicial: _____ Fecha: _____ *Se requiere la firma de un testigo en la página 2.

(For Official Use Only)



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**  
**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION**

PATIENT NAME \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

MEDICAL RECORD # \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES:**

Esta autorización es voluntaria. Rush no condicionará su tratamiento al otorgamiento de esta autorización. No obstante, Rush podría condicionar la provisión de tratamiento relacionado con investigaciones al otorgamiento de una autorización.

Entiendo que puedo cambiar de opinión y dejar sin efecto esta autorización en cualquier momento por medio de un aviso por escrito de mi revocación a la oficina de contacto mencionada anteriormente. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará la acción tomada por Rush en función de esta autorización antes de que Rush recibiera mi aviso por escrito de revocación.

Autorizo el uso y/o divulgación de mi Información de Salud Protegida (PHI) como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria y con ella confirmo mi decisión para que Rush pueda usar y/o divulgar mi PHI para un fin específico. Entiendo que, si los individuos u organizaciones que autoricé arriba a recibir y/o usar la PHI descrita anteriormente no están sujetos a leyes federales de privacidad de la información de salud, pueden divulgar a otros la PHI, la cual es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de información de salud. Entiendo que tengo derecho a revisar y copiar la información que se divulgue de acuerdo con esta autorización y que puedo obtener una copia de la información al contactar el consultorio mencionado anteriormente.

He tenido la plena oportunidad de leer y considerar los contenidos de esta autorización y confirmo que los contenidos están de acuerdo con mis indicaciones a Rush. Entiendo que, al firmar este documento, confirmo mi autorización para que Rush pueda usar y/o divulgar a las personas u organizaciones nombradas en este formulario la PHI descrita aquí.

**VIGENCIA: Esta solicitud de autorización no se aplica a ninguna fecha de tratamiento fuera de la fecha de la firma. Usted puede optar por proporcionar un evento (relacionado con usted o el propósito del uso/revelación) a partir del cual expirará su autorización, a menos que se soliciten expedientes de salud mental. De lo contrario, esta autorización vencerá noventa (90) días naturales después de la fecha de la firma.**

**FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Si no firma el paciente: Nombre del representante EN LETRA DE MOLDE

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Si no firma el paciente: Indicar parentesco con el paciente

\*(Se requiere la firma de un testigo que haya verificado la identidad del paciente o del representante personal para expedientes de salud mental o discapacidad del desarrollo, pruebas genéticas, VIH y de consumo de drogas o alcohol. Asimismo, se requiere la firma del paciente para expedientes de salud mental si tiene entre 12 y 18 años)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo en letra de molde

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Indicar el parentesco con el paciente