

Autorización para divulgar la información médica protegida



EN LETRA DE IMPRENTA:

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NRO. DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	

DIVULGAR INFORMACIÓN DE:

Shirley Ryan AbilityLab, 355 East Erie Street, Chicago, IL 60611

Otro

Nombre _____

Dirección _____

Nro. de teléfono _____

Nro. de fax _____

DIVULGAR INFORMACIÓN A:

Shirley Ryan AbilityLab, 355 East Erie Street, Chicago, IL 60611

Bajo la atención de: _____

Misma persona y dirección indicadas al principio de este formulario

Otro

Nombre _____

Dirección _____

Nro. de teléfono _____

Nro. de fax _____

ENTREGA

Se enviarán **por correo** copias en papel de la información solicitada a la dirección indicada arriba, salvo que se seleccionen una o más de las siguientes opciones:

Entregar un CD

Pasar a retirar

Correo electrónico seguro (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

FECHAS DE LOS SERVICIOS

DESDE: _____

HASTA: _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR (marque todas las opciones que correspondan)

Resumen (antecedentes y examen físico, resumen del alta, informes de las consultas, resultados de las pruebas, notas de terapia)

Información para la facturación

Notas de evolución

Diagnóstico y radiología

Resultados de laboratorio

Cirugías e informes de patología

Otro _____

La siguiente información se divulgará **SOLO SI** marca las cuadrillas a continuación:

Información sobre las discapacidades del desarrollo y/o la salud mental o psiquiátrica. *Si el paciente tiene entre 12 y 17 años de edad, también debe firmar aquí para autorizar la divulgación:*

Resultados de pruebas, diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH/sida

Control del dolor

Rehabilitación vocacional

Notas de capellanía

OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN

Determinación de la discapacidad Personal

Seguro Tratamiento o atención continua

Propósitos legales

Otro _____

Puedo revocar (quitar) mi Autorización en cualquier momento por escrito al director de registros médicos de Shirley Ryan AbilityLab, salvo que ya se hayan tomado acciones para divulgar esta información. Esta Autorización será válida hasta que la revoque, aunque vencerá pasado el año de la fecha que figura abajo. Puedo inspeccionar una copia de mi información médica a divulgar. Si no firmo esta Autorización, el Shirley Ryan AbilityLab no divulgará mi información médica, salvo en las instancias descritas en el Aviso de prácticas de privacidad o según lo permita la ley. El Shirley Ryan AbilityLab no me denegará tratamiento según acepte o no que se use y divulgue mi información médica con otros. Entiendo que puede haber costos de copia y procesamiento asociados a esta divulgación, y que los precios estarán disponibles a solicitud. Quien reciba información médica divulgada bajo esta Autorización podría volver a divulgarla con otros. Sin embargo, las regulaciones, las reglas y las leyes nacionales prohíben que el receptor vuelva a divulgar cualquier información médica que podría incluirse sobre el abuso de drogas y alcohol.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO _____

FECHA _____

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO CON EL PACIENTE
(Proporcione una copia de la autorización cuando presente este formulario).