

# Autorización para divulgar Información de salud protegida



ROI

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

Otros nombres: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ NHC: \_\_\_\_\_

**Autorizo a:** Carle Health\* - Health Information Management  
 1304 Franklin Ave., Normal IL, 61761 | P: (309) 268-5274  
 \*Includes Carle West Physician Group, Carle BroMenn Medical Center, and Carle Eureka Hospital, Carle Cancer Institute of Normal.

A divulgar a: **OR** \_\_\_\_\_  
 (Nombre del centro de atención médica, el individuo o la agencia, etc.)

A solicitar de: \_\_\_\_\_  
 (Dirección)

(Ciudad, estado, código postal) (Teléfono) (Fax)

Método de divulgación:  Correo postal  MyCarle Account (Disponible por 30 días)  
 Retirar en el Departamento HIM (Departamento de Gestión de la Información de Salud) (309) 268-5274

**REGISTROS ESPECÍFICOS A SER DIVULGADOS::** *If no dates are indicated, only records created prior to or on the date of signature will be released.*

HOSPITALIZACIÓN	Fechas: _____ al _____	CLÍNICA/OTRO	Fechas: _____ al _____
<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Registro de vacunación	<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Visitas al consultorio (especifique el proveedor)
<input type="checkbox"/> Resumen	<input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Imágenes	
<input type="checkbox"/> Estancia completa	<input type="checkbox"/> Patología	<input type="checkbox"/> Registro de vacunación	
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Informe(s) <input type="checkbox"/> Diapositivas	<input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio	<input type="checkbox"/> Departamento de emergencias
<input type="checkbox"/> Consulta(s)	<input type="checkbox"/> Radiología (rayos X)	<input type="checkbox"/> Patología	Visita(s)
<input type="checkbox"/> Informe(s) de evolución	<input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Imágenes	<input type="checkbox"/> Informe(s) <input type="checkbox"/> Diapositivas	<input type="checkbox"/> Cuidados en el hogar/hospicio
<input type="checkbox"/> Informe(s) de operación	<input type="checkbox"/> Servicios de terapia	<input type="checkbox"/> Radiología (rayos X)	<input type="checkbox"/> Cirugía de un día
<input type="checkbox"/> Informe de Alta	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Imágenes	<input type="checkbox"/> Servicios de terapia
<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Registros de facturación		<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Imágenes			<input type="checkbox"/> Registros de facturación

• El motivo de esta divulgación de información es \_\_\_\_\_  
 (es decir, atención continua, reclamaciones al seguro, asesoramiento legal, etc.).

- Entiendo que mi historia clínica puede incluir información relacionada con una enfermedad de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el tratamiento por el abuso de alcohol y/o sustancias, y el resultados de pruebas genéticas. Se debe completar una autorización especial por separado para la divulgación de los registros de salud conductual.
- Tengo derecho a inspeccionar y obtener una copia de los registros que se divulgarán (CFR 164.524). Entiendo que toda divulgación de información implica la posibilidad de que exista una redivulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las leyes de confidencialidad federales.
- Entiendo que firmar esta autorización no es un requisito para obtener tratamiento médico en el centro que se menciona arriba, a menos que el único propósito de mi visita sea generar información de salud para que alguien más la utilice. (Por ejemplo: un examen físico prelaboral)
- Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si quiero revocar esta autorización, debo entregar una revocación por escrito al departamento de Gestión de la Información de Salud del centro que se menciona arriba. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que se haya revelado previamente.
- Esta autorización expirará en la siguiente fecha del calendario o evento: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización expirará en un año.
- Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.
- Entiendo que puede haber un cargo por obtener una copia de estos registros.
- I understand that I am entitled to a copy of this authorization.
- I understand there may be a charge to obtain a copy of these records.

**ATENCIÓN:** Este es un documento legal. Lea cuidadosamente. Al firmar, usted afirma que entiende y acepta los términos de este formulario.

**Si el paciente tiene 18 años o más,** el paciente debe firmar el formulario y poner la fecha.

**Si el paciente tiene 18 años o más y es incapaz de firmar,** un representante legal autorizado puede firmar el formulario y poner la fecha. Indique su autoridad legal e incluya documentación que avale su vínculo:  Tutor legal o guardián  Representante de atención médica (Poder notarial de atención médica)

**Si el paciente tiene 17 años o menos,** el padre/la madre del paciente o el tutor legal debe firmar el formulario y poner la fecha, salvo que exista una excepción bajo la ley estatal o federal. Indique el vínculo:  Padre/madre  Tutor legal

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha en la que se firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal del paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL** - Divulgado por: iniciales del miembro del personal \_\_\_\_\_ Tipo de identificación verificada \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

