

Autorización para la divulgación de información de salud

SECCIÓN 1: Información del paciente (imprima y complete TODOS los espacios en blanco)

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____

Persona que solicita registros médicos:

Paciente (propio) Poder notarial (POA) Padre (del paciente menor de 18 años) Representante legal

Si no es paciente (sí mismo), el representante autorizado a quien se divulgará el registro es el siguiente:

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____

Al menos uno de estos dos debe ser verificado y obtenido:

Copia obtenida del ID del paciente Copia obtenida del ID del representante

SECCIÓN 2: Solicitud de información (marque todas las casillas correspondientes)

El tipo ESPECÍFICO de información que se utilizará o divulgará ("Todos los registros" o fechas incompletas NO se consideran específicas):

ESPECÍFICAMENTE Hospital o Clínica/Médico: _____
 Informes de Radiología Imágenes de Radiología Resumen de Alta Laboratorios Informes Operatorios
 Vacunas Notas de Consulta Notas de Progreso Informes de Urgencias Historia y Examen Físico
 Pruebas Cardíacas Other _____

Incluya los siguientes registros SENSIBLES: { } Salud mental { } VIH/SIDA/ETS { } Pruebas genéticas

Abuso de Drogas/Alcohol: Se requiere la firma del testigo en la Sección 6 para la divulgación de estos tipos de registros sensibles; para un menor de entre 12 y 17 años se requiere la firma del menor en la Sección 6 para la divulgación de los Registros de Salud Mental, VIH/SIDA/ETS o Abuso de Drogas/Alcohol Para las siguientes fechas de tratamiento _____ (Fecha específica 1/2/2022 O Rango de fechas: enero-julio de 2022)

SECCIÓN 3: Autorizo a Insight Hospital and Medical Center a divulgar los registros de pacientes anteriores a:

Nombre de la persona/organización: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Fax: _____

SECCIÓN 4: Método de entrega (e-Delivery excluye imágenes de radiología)

Fax US Mail Secure e-Delivery (Requiere acceso a Internet: impuestos electrónicos seguros, entrega en el portal)
 Llamar para que el paciente o su representante legal lo recoja (2525 S. Michigan; Ave. Chicago, IL). Se requiere un documento de identidad con fotografía para la recogida.

SECCIÓN 5: Propósito de la divulgación (los registros están sujetos a cambios)

{ } Continuación de la atención { } Seguro por motivos personales { } Legal { } Otro: _____

SECCIÓN 6: Firmas

*Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando la revocación al Departamento de ROI de Insight en 2525 S. Michigan Ave, Chicago, IL 60616. La revocación no se aplicará si Insight ya ha tomado medidas en función de la autorización.

*Entiendo que esta autorización expirará en 90 días o en la siguiente fecha específica: _____ o evento _____

*Entiendo que tengo derecho a inspeccionar/recibir una copia de la información utilizada/divulgada y recibir una copia de este formulario.

*Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización e Insight no condiciona el tratamiento a esta autorización, excepto la divulgación necesaria para el pago de reclamaciones (excluyendo notas de psicoterapia) o la prestación de atención médica únicamente con el fin de crear PHI para su divulgación a una tercera parte (por ejemplo, exámenes físicos previos al empleo o de seguro de vida).

POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LAS DECLARACIONES Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante (para menores, POA, etc.): _____ Relación: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

(Witness Signature required for any sensitive records to be released if so selected in Section 2)

Formulario e identificación que se escanearán en la historia clínica electrónica del paciente después de que se complete el procesamiento de la historia clínica solicitada.