

## 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.