

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Apellido de soltera/otro(s) nombre(s)	Fecha de nacimiento () - /
Dirección		Número telefónico	
Ciudad	Estado	Código postal	

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a Northwestern Memorial HealthCare ("NMHC") y a sus clínicas afiliadas a divulgar la información suministrada por (marque todas las opciones que correspondan):

Hospital:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Central DuPage Hospital | <input type="checkbox"/> Lake Forest Hospital | <input type="checkbox"/> Palos Hospital |
| <input type="checkbox"/> Delnor Hospital | <input type="checkbox"/> Marianjoy Rehabilitation Hospital | <input type="checkbox"/> Valley West Hospital |
| <input type="checkbox"/> Huntley Hospital | <input type="checkbox"/> McHenry Hospital | <input type="checkbox"/> Woodstock Hospital |
| <input type="checkbox"/> Kishwaukee Hospital | <input type="checkbox"/> Northwestern Memorial Hospital | |

Grupo médico:

- ☐ Northwestern Medical Group (NMG) ☐ Regional Medical Group (RMG) ☐ Florida Medical Group

Otro:

- ☐ Salud conductual: Ubicación(es) _____
- ☐ Todas las entidades de NMHC ☐ Otro _____

OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

- ☐ Tratamiento adicional/atención continua ☐ Uso personal ☐ Abogado/cliente ☐ Seguro

Otro (especificar) _____

REGISTROS MÉDICOS QUE SE DIVULGARÁN

Fecha de entrega solicitada _____

REGISTROS MÉDICOS SOLICITADOS para las fechas de servicio: desde _____ hasta _____
(Si no se especifica fecha, los registros incluirán los últimos 24 meses)

Instrucciones: marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ **Visita a la sala de emergencias** (notas de la sala de emergencias, notas sobre la evolución, consultas, notas de intervenciones, resultados de estudios)
- ☐ **Estadía en el hospital** (historial y examen físico, notas sobre la evolución, consultas, informes operativos, resumen de alta, resultados de estudios)
- ☐ **Cirugía/procedimiento ambulatorio** (historial y examen físico, notas sobre la evolución, consultas, notas de intervenciones, resultados de estudios)
- ☐ **Visita al consultorio, visita clínica o atención prioritaria** (notas del consultorio, notas sobre la evolución, notas de procedimiento, resultados de estudios)
Especificar clínica, consultorio o médico _____
- ☐ **Solamente resultados/informes de estudios** (marque todas las que correspondan): ☐ Análisis de laboratorio
☐ Radiología ☐ Otro (especificar) _____
- ☐ **Otros registros** - especificar _____

Método de entrega (seleccione uno): ☐ NM MyChart ☐ Fax ☐ Correo electrónico a _____
☐ Servicio postal de EE. UU. (seleccione el formato: ☐ CD ☐ Papel)

Otras instrucciones _____

Para solicitar imágenes médicas, consulte la página 2.

IMÁGENES MÉDICAS QUE SE DIVULGARÁN

Fecha de entrega solicitada _____

IMÁGENES MÉDICAS SOLICITADAS para las fechas de servicio: desde _____ hasta _____
(Si no se especifica fecha, los registros incluirán los últimos 24 meses)

Instrucciones: marque todas las opciones que correspondan.

☐ Imágenes radiológicas (especificar si es tomografía computarizada, resonancia magnética, radiografía, ultrasonido, medicina nuclear) _____

☐ Imágenes mamarias ☐ Imágenes cardiológicas ☐ Otro (especificar) _____

☐ Incluir informes con las imágenes

Imágenes se enviarán en un CD por el servicio postal de EE. UU.

ENVIAR INFORMACIÓN A

Enviar mi información a:

Nombre (por ejemplo: centro de atención médica, compañía de seguros, abogado) _____

Dirección () -	Ciudad () -	Estado	Código postal
--	---	--------	---------------

Número telefónico _____

Número de fax _____

A menos que se marque a continuación, entiendo que lo que se divulgue puede incluir la siguiente información. Marque lo que NO desea incluir:

<input type="checkbox"/> Información o resultados sobre pruebas de AIDS o HIV <input type="checkbox"/> Tratamientos por abuso de sustancias/alcoholismo	<input type="checkbox"/> Registros de pruebas genéticas o asesoramiento genético <input type="checkbox"/> Registros de salud mental y discapacidad del desarrollo
--	--

Entiendo que NMHC tiene hasta 30 días para revisar y responder las solicitudes. Una vez que la organización o persona autorizada para recibir esta información la obtenga, esta información puede ser divulgada nuevamente por esa organización o persona. Si este es el caso, es posible que la información ya no se encuentre protegida por las leyes federales de privacidad. Sin embargo, la ley de Illinois no permite que los receptores de información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés) o virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés), pruebas genéticas, salud mental o discapacidades del desarrollo vuelvan a divulgarla excepto en situaciones precisas permitidas por la ley. Además, las Reglas Federales de Confidencialidad, Parte 2, Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés) prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

Entiendo que si no firmo esta autorización, las clínicas afiliadas de NMHC no pueden negarme atención médica debido a mi falta de voluntad para firmar este formulario. Sin embargo, las clínicas afiliadas de NMHC pueden negarse a proporcionarme atención médica si únicamente se brinda con el propósito de recopilar información de salud para divulgarla a un tercero (por ejemplo, exámenes previos al empleo).

Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Mi cancelación debe hacerse por escrito. Cualquier cancelación será válida excepto para la información que se divulgó antes de que se retire esta autorización. Para obtener información sobre cómo cancelar esta autorización, comuníquese con Health Information Management Department de NMHC al 877.973.2673.

Entiendo que tengo derecho a revisar y hacer una copia de mi registro de salud mental y de discapacidades del desarrollo que se divulgarán.

Si no se cancela, esta autorización es válida por un período de seis (6) meses a partir de la fecha de la firma y permite la divulgación de registros después de la fecha en que se firmó, siempre y cuando la autorización siga vigente. Es posible que se apliquen tarifas estándar para la copia de registros de acuerdo con lo establecido en el Capítulo 735 de los Estatutos Compilados de Illinois (ILCS, por sus siglas en inglés) 5/8-2006.

Mediante mi firma a continuación, acepto las declaraciones que figuran en este formulario de autorización.

- **Los pacientes de 12 a 17 años de edad** deben firmar para la información sobre salud mental y discapacidad del desarrollo, tratamiento por abuso de sustancias/alcoholismo, pruebas o resultados de AIDS o HIV, infecciones de transmisión sexual, embarazo, agresión sexual o anticonceptivos.
- Se requiere un **testigo/firma** de otro receptor que no sea el paciente para la divulgación de información sobre salud mental y discapacidad del desarrollo, y asesoramiento genético.

Hora	Fecha	Nombre/firma del paciente que tenga 12 años o más
------	-------	---

Hora	Fecha	Firma de (<i>marque uno</i>):	Padre/madre	Tutor	Representante legal
------	-------	---------------------------------	-------------	-------	---------------------

Hora	Fecha	Testigo/firma
------	-------	---------------

Envíe la solicitud a una de las siguientes opciones:

(1) Correo postal: Northwestern Medicine
HIM - Release of Information Department
25 North Winfield Road
Winfield, Illinois 60190

(2) Fax: 312.926.3093

(3) Correo electrónico: releaseofinformation@nm.org

¿Tiene preguntas? Llame al 877.9RECORD • (877.973.2673)