

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)

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: 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

A menos que se especifique lo contrario, las imágenes se enviarán en un CD por el servicio postal de EE. UU.

Otras instrucciones _____

ENVIAR INFORMACIÓN A

Enviar mi información a:

Marque la casilla si la información del paciente coincide con la que se menciona arriba

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

() - () -

Número telefónico

Número de fax

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

A menos que se marque o se indique 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"/> Registros de pruebas genéticas o asesoramiento genético |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos por abuso de sustancias/alcoholismo | <input type="checkbox"/> Registros de salud mental y discapacidad del desarrollo |

I understand that NMHC has up to 30 days to review and respond to requests. Once the organization or person authorized to receive this information has received it, the information may be re-released by that organization or person. If this is the case, the information may no longer be protected by federal privacy laws; however, Illinois law does not allow the re-release of AIDS/HIV, genetic testing, mental health and developmental disabilities information by the receivers of the information except in precise situations allowed by law. Also, Federal Confidentiality Rules, 42 CFR part 2 prohibits unauthorized disclosure of these records.

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 (*marque uno*): 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)