

# AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA

La información médica del paciente se liberará tras recibir una autorización válida.

(Debe indicar dónde recibió tratamiento. Seleccione las casillas correspondientes.)



25 N. Winfield Rd., Winfield, IL 60190-1295  
630.315.8000  
Teléfono para las personas con  
discapacidad auditiva (TTY) 630.933.4833

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Central DuPage Hospital | <input type="checkbox"/> CDH Convenient Care Center<br>(Ubicación _____) | <input type="checkbox"/> Regional Medical Group<br>(Nombre del médico/grupo médico _____) |
| <input type="checkbox"/> Delnor Hospital         |  |   |
| <input type="checkbox"/> HealthLab               | <input type="checkbox"/> CNS Home Health & Hospice                       |   |

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## SELECCIONE UNA DE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN:

- Autorizo la liberación de información médica **de** Northwestern Medicine y sus entidades controladas a:

Nombre de la persona u organización \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

- Autorizo a \_\_\_\_\_ para que libere información médica **a** Northwestern Medicine y sus entidades controladas, la cual deberá enviarse con atención a \_\_\_\_\_  
(nombre del proveedor de servicios de salud)

## PROPÓSITO:

- Tratamiento futuro  Para registros personales  Seguro  Jurídico  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estado de cuenta de facturación/reclamación | <input type="checkbox"/> Reporte de emergencia     | <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio             | <input type="checkbox"/> Imágenes radiográficas (película, CD o reporte) |
| <input type="checkbox"/> Registros de farmacodependencia             | <input type="checkbox"/> Reporte de EKG/EEG/EMG    | <input type="checkbox"/> Notas de salud mental/psicoterapia | <input type="checkbox"/> Registros de enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Reporte de consultoría                      | <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Reporte operativo                  | <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta                             | <input type="checkbox"/> Registros de VIH/SIDA     | <input type="checkbox"/> Reporte de patología               |  |
| <input type="checkbox"/> Películas/diapositivas                      | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación    | <input type="checkbox"/> Notas de avance/del médico         |  |

FECHA(S) DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_

## FORMATO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA A LIBERAR:

- Papel  DVD

**VIGENCIA:** Esta autorización vencerá en noventa (90) días a menos que se especifique otra fecha al momento de la firma.

**AVISO:** No requerimos que usted complete esta autorización como condición de su tratamiento o pago de su atención médica. La información médica liberada a personas autorizadas u organizaciones pudiera volver a divulgarse y dejar de estar protegida por las leyes de privacidad. Northwestern Medicine y sus entidades controladas no son responsables por dichas divulgaciones posteriores. Finalmente, usted comprende que puede revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento proporcionando una revocación firmada por escrito al Departamento de Registros Médicos de la dirección arriba indicada. Su revocación solo se aplicará a las divulgaciones que no hayan ocurrido aún. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los registros de salud mental y de discapacidades del desarrollo que se darán a conocer.

Firma del paciente/representante personal \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(La firma de un testigo se requiere para registros de salud mental, discapacidades del desarrollo, abuso de drogas o alcohol. Además, la firma del paciente se requiere si tiene entre 12 y 17 años de edad y la información es psiquiátrica, relacionada con VIH/SIDA o drogas/alcohol.)

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## VERIFICACIÓN SOBRE LA AUTORIZACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DEL PROVEEDOR):

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre del empleado (en letra de molde) \_\_\_\_\_ ID verificada \_\_\_\_\_