

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SALUD

773-768-5000

872-870-9643

ROI@chicagofamilyhealth.org

CFHC CHICAGO FAMILY
HEALTH CENTER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Número de registros médicos

Nombre: Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio: Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Por la presente autorizo que la información de salud protegida sobre la persona mencionada anteriormente se envíe de la siguiente manera:

DE: Persona/Institución _____

Domicilio _____

Ciudad: Estado: Código postal: _____

PARA: Persona/Institución _____

Domicilio: _____

Ciudad: Estado: Código postal: _____

Método de entrega: ☐ En persona ☐ Correo ☐ Por fax: _____ ☐ Otra manera

Motivo de solicitud: _____

LA DIVULGACIÓN INCLUIRÁ: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

____ Hoja frontal ____ Historia y físico ____ Informe de laboratorio ____ Informe operativo ____ Factura detallada
____ Notas de enfermera ____ Notas de progreso/médico ____ Informe de rayos X/radiología ____ Informe de patología
____ Informe de emergencia ____ Informe de ECG/EEG ____ Informe de consulta ____ Resumen de alta ____ Otro

Registros DESDE: HASTA: _____

LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CIERTAS CONDICIONES/TRATAMIENTOS REQUIERE MI AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA.

Sin autorización, la siguiente información no será divulgada. Autorizo la divulgación de información relacionada a lo siguiente (ponga sus iniciales en todo lo que corresponda).

Salud mental/conductual ____ Pruebas de ADN/Trastornos genéticos ____
Enfermedades de transmisión sexual ____ Violencia Doméstica/Agresión Sexual ____
Abuso de alcohol/sustancias ____ Todas las condiciones/tratamientos
Discapacidad del desarrollo ____ mencionados anteriormente ____
VIH/SIDA ____

CONSENTIMIENTO DE UN MENOR:

(edades 12-17): Se requiere la firma del menor para divulgar información sobre atención de salud mental, SIDA/VIH/ETS, abuso de drogas o alcohol o planificación familiar.

Esta autorización es válida hasta ____/____/____ (Seleccione fecha no mas de 12 meses desde la firma)

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguranza el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá 1 año a partir de la fecha en que se firmó. Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información identificada anteriormente es voluntario y no necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento de atención médica.

Fecha:

____/____/____
Firma del paciente

____/____/____
Padre / tutor legal / representante

____/____/____
Testigo

____/____/____
Proveedor de atención primaria (IMPRIMIR)