

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre de soltera o Alias \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

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

<b>YO AUTORIZO</b> a la entidad Mercyhealth marcada abajo: <input type="checkbox"/> <b>Rockford Memorial Hospital</b> 2400 N. Rockton Ave, Rockford, IL 61103 815-971-2710 <input type="checkbox"/> <b>Rockford Health Physicians</b> (Indique el lugar del consultorio(s)): _____  <input type="checkbox"/> <b>Mercyhealth at Home</b> 4223 E. State St. Rockford, IL 61108 815-971-3550	<input type="checkbox"/> <b>A proveer información a:</b> <input type="checkbox"/> <b>A recibir información de:</b>  _____ (Nombre de la institución de cuidado de salud, individuo, agencia, etc.)  _____ (Dirección)  _____ (Ciudad/Estado/Código Postal) Teléfono: _____ Fax: _____
---	---

<b>Archivos del siguiente período de tiempo:</b>
<b>Lo que necesita:</b> <input type="checkbox"/> Resumen (incluye reportes del médico, reportes de procedimiento, y resultados de pruebas como laboratorio y radiología) <input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Expediente de vacunas <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes de imágenes <input type="checkbox"/> CD de imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Otro (describa lo que se necesita): _____

<b>EL PROPÓSITO DE COMPARTIR ESTA INFORMACIÓN ES:</b> <input type="checkbox"/> Continuación de cuidados <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro _____
--

- Entiendo que mis archivos médicos **pueden incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de inmunodeficiencia humana (HIV). También puede incluir información acerca de servicios de salud mental o de comportamiento, discapacidades en el desarrollo, tratamiento por abuso de alcohol o drogas, y/o exámenes de genética.**
- Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y obtener copia de los expedientes que se compartirán (CFR 164.524). También que compartir información conlleva el potencial de que se vuelva a compartir la información sin autorización y la información puede que no sea protegida por reglas federales de confidencialidad. Yo puedo comunicarme con el Director de Servicios de Información de Salud, si tengo preguntas relacionadas con la divulgación de información sobre mi salud.
- Entiendo que mi decisión de no autorizar que se comparta la información antes mencionada, impedirá la revelación de dicha información.
- Entiendo que si esta autorización es para fines de pagos a terceros, la información médica que sea necesaria para el procesamiento de los beneficios será compartida con mi compañía de seguros y/o con la agencia de revisión de la compañía de seguros. Si me niego a autorizar que se comparta la información para este propósito, esto puede tener un efecto adverso en mis derechos a los beneficios de seguros.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo también que, si revoco esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentar dicha revocación al Departamento de Servicios de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- Esta autorización expirará en la siguiente fecha o evento: \_\_\_\_\_. Si yo no especifico una fecha de expiración o evento, esta autorización expirará en seis meses.

 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante legal

 \_\_\_\_\_  
 Si la firma es de otra persona, indique el parentesco

 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Testigo

\* Acta de Confidencialidad de la Salud Mental y las Discapacidades del Desarrollo del Estado de Illinois, Capítulo 91 1/2, Sección (804). Menores de edad 12 a 17 años: El/la paciente, uno de los padres (o tutor legal) y el testigo deberán firmar y fechar el documento.  
 \* Reglamentos Federal 42CFR: Los menores de edad (12 a 17 años) podrán autorizar la divulgación de información sobre abuso de drogas o alcohol.