

# AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de Paciente:

Numero de Telefono #:

Fecha de Nacimiento: .....PCP:

**Yo autorizo:** El Centros de Salud Erie, Departamento de Información de Salud, 2750 W North Avenue, Chicago, IL 60647  
Telefono: 312-432-2055 Fax: 312-432-2055 Email: ROI@eriefamilyhealth.org

( ) para Liberar a: \_\_\_\_\_  
( ) para Recibir de: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Centro de Atención Médica, Individual or Agencia)  
\_\_\_\_\_  
(Dirección)  
\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)  
\_\_\_\_\_  
(Phone/ Fax)

## **PROPÓSITO O NECESIDAD DE REVELACIONES: (Marque Aplicables Categorías)**

( ) Uso Personal ( ) Determinación de Discapacidad ( ) Transferencia o Cuidado Continuo  
(Últimos 2 años de información)

( ) Asesor Legal ( ) Seguro/Beneficios ( ) Fecha de Próxima Cita: \_\_\_\_\_

( ) Otro (especifique): \_\_\_\_\_

## **FORMATO PARA ARCHIVOS: ( ) Copia de Papel**

*Please refer to Pay Scale for rates*

( ) Correo Electronico Cifrado (dirección de correo electrónico): \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE ENTREGA:** ( ) Recoger en Erie: \_\_\_\_\_

*Copia de Identificación Requerida*

( ) Fax ( ) Correo Postal

## **INFORMACIÓN DE SALUD SOLICITADA:**

( ) Notas de Visita de Oficina ( ) Registros de Inmunización ( ) Formas Físicas Escolares ( ) Reportes Laboratorios  
( ) Registros de Facturación ( ) Registros Completos ( ) Registros Prenatales ( ) Reportes Radiología/Imágenes  
( ) Otro: \_\_\_\_\_

**FECHAS SOLICITADAS:** ( ) MAS RECIENTE ( ) PARA LAS SIGUIENTES FECHA(S): De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las leyes federales y estatales requieren un permiso especial para revelar cierta información. Por favor, compruebe si estos registros deben ser liberados: ( ) Mental/Salud de Comportamiento ( ) Alcohol/Uso de Substancias ( ) Resultado o información del VIH/SIDA

Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información revelada y revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al Departamento de Registros Médicos (excepto en la medida en que ya se ha tomado esa acción.) En el caso de que no se haga una revocación por escrito, esta autorización expirará automáticamente en seis meses o en la fecha siguiente o evento:

\_\_\_\_\_  
Firma: Paciente o Representante Legal Autorizado del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si la firma no es el paciente, note relación

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Para el la liberación de información de Salud Mental de pacientes entre las edades 12-17, los pacientes de 12 a 17 años de edad están obligados a firmar autorización además de sus padres o tutores legales. Aviso a la institución intermediaria/persona: esta información ha sido revelada a usted de Información de Salud Protegida y la privacidad está protegida por leyes federales. Esta información ya no puede estar protegida una vez que es usada o se revele de acuerdo con la autorización. Según las disposiciones de la ley de discapacidades del desarrollo y Salud Mental, usted no podrá volver a revelar esta información a menos que la persona que accedió a esta divulgación específicamente consiente a re-divulgación. Bajo la Ley Federal de 01 de julio de 1993 confidencialidad de Alcohol y drogas abuso paciente registros, estos registros no, ni dicha información para tales registros puede seguir divulgarse sin autorización específica para re-divulgación. Bajo la ley de confidencialidad de SIDA de Illinois, ninguna persona a quien han sido revelados los resultados del examen puede revelar los resultados de la prueba a otra persona excepto como autorizado en virtud del tratamiento, pago, inscripción; o elegibilidad para beneficios basado en la autorización de esta información. Formulario de autorización de PHI