

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del cliente:			
Fecha de Nacimiento:		Número de identificación médica (si se conoce)	

Yo, _____ autorizo
(Paciente /Padre del menor < 18 años)

Centro/Persona:	
Dirección:	

a divulgar registros e información relacionados con mi atención médica (o la de mi hijo) y cualquier servicio que yo (o mi hijo) haya recibido a:

Organismo/Persona			
Dirección			
Teléfono:		Fax, si procede	

La información que se divulgará incluirá

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Historia clínica completa | ☐ Evaluaciones diagnósticas | ☐ Informes radiológicos |
| ☐ Informes de laboratorio | ☐ Radiografías/Películas | ☐ Informes de patología |
| ☐ Notas de asesoramiento | ☐ Historial de facturación | ☐ Resúmenes de alta |
| ☐ Vacunas | | |

Registros para las siguientes fechas de tratamiento:	
--	--

Otras instrucciones:

Entiendo que, si así lo indico a continuación, esta información puede incluir lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| ☐ Resultados de pruebas y tratamiento de ETS | ☐ Resultados de pruebas y tratamiento del VIH/SIDA |
| ☐ Tratamiento de salud mental | ☐ Tratamiento/Evaluación de drogas |
| ☐ Tratamiento del alcoholismo | ☐ Historial de violencia doméstica |

Envíe sus preguntas o solicitudes por:

Correo postal: Departamento de Salud Pública de Chicago, Attn: Compliance;
111 W. Washington St., Cuarto piso, Chicago, IL 60602

Correo electrónico: cdphcompliance@cityofchicago.org



Estos registros se utilizarán para:

--

Esta Autorización es válida hasta: _____
(Fecha)

Entiendo que (1) Tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento a la dirección indicada a continuación (2) La revocación de esta Autorización no tendrá ningún efecto sobre las divulgaciones realizadas antes de la retirada de la Autorización (3) El Departamento de Salud Pública de Chicago no puede condicionar el tratamiento o la elegibilidad para recibir beneficios a esta Autorización o a mi negativa a firmar dicha Autorización (4) La información divulgada en virtud de esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario.

Firma del paciente/padre del menor < 18 años

Fecha

Firma del representante personal (si procede)

Fecha

Relación del representante personal con el paciente

SÓLO PARA USO OFICIAL

Recibido por	
Fecha	

Procesado por	
Fecha	

Envíe sus preguntas o solicitudes por:

Correo postal: Departamento de Salud Pública de Chicago, Attn: Compliance;
111 W. Washington St., Cuarto piso, Chicago, IL 60602

Correo electrónico: cdphcompliance@cityofchicago.org