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

❑ Central DuPage Hospital
❑ Delnor Hospital
❑ HealthLab
❑ CDH Convenient Care Center (Ubicación_____)
❑ CNS Home Health & Hospice
❑ Cadence Physician Group (Nombre del médico/grupo médico _____)

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** Cadence Health 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** Cadence Health y sus
(nombre del proveedor de servicios de salud)
entidades controladas, la cual deberá enviarse con atención a_____

PROPÓSITO:

❑ Tratamiento futuro ❑ Para registros personales ❑ Seguro ❑ Jurídico ❑ Otro (especifique)_____

INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA:

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

FECHA(S) DEL SERVICIO:_____

FORMATO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA A LIBERAR:

❑ Papel ❑ DVD ❑ Correo electrónico codificado_____ ❑ Fax _____

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

AVISO: No requeriremos 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. Cadence Health 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.

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 _____

©2013 Cadence Health. Todos los derechos reservados. 14-484B/0913