



**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN RELACIONADA
CON LA SALUD**

Solo para uso interno:

N.º de registro médico
del paciente: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE:(En letra imprenta clara). Se deben completar todos los campos.

Nombre legal completo: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **C. P.:** _____

Número de teléfono: () _____

LA INFORMACIÓN SERÁ ENTREGADA DESDE:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> FHN Memorial Hospital
1045 W Stephenson St.
Freeport, IL 61032
Teléfono: 815-599-6110
Fax: 815-599-6544 | <input type="checkbox"/> FHN Stephenson Street | <input type="checkbox"/> FHN Hospice | <input type="checkbox"/> Otra instalación/médico: |
| <input type="checkbox"/> FHN Burchard Hills | <input type="checkbox"/> FHN Highland View | <input type="checkbox"/> FHN Fastcare | _____ |
| <input type="checkbox"/> FHN Community Healthcare | <input type="checkbox"/> FHN Cancer Center | <input type="checkbox"/> Todos y cada uno de los locales de FHN | _____ |
| | | | _____ |

LA INFORMACIÓN SERÁ ENTREGADA A:

Agencia/Centro/Otra persona/El mismo emisor:

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ ENTREGADA: (marque las categorías que correspondan)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Lista de alergias | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Notas del consultorio/sobre la evolución |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informe de operaciones | <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Informe del servicio de urgencias |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____ | | | |

RESPECTO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE MENCIONADO DESDE LA FECHA _____ **HASTA LA FECHA** _____

OBJETIVO DE LA NECESIDAD DE DIVULGACIÓN: (marque todas las categorías que correspondan) **Tenga en cuenta que: las historias clínicas necesarias para continuar la atención médica se enviarán por fax directamente a su proveedor.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Continuación de la atención médica (se enviará por fax directamente a su proveedor) | <input type="checkbox"/> Cambio a otro proveedor fuera de FHN
Marque el motivo por el cual abandona FHN: |
| <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Problemas de programación |
| <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Especialidad no disponible |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad para obtener seguro médico/beneficios | <input type="checkbox"/> Insatisfecho con el proveedor |
| <input type="checkbox"/> Derivación a un especialista [O Segunda opinión O Iniciada por el proveedor O Servicios no disponibles] | <input type="checkbox"/> Insatisfecho con el personal del consultorio |
| | <input type="checkbox"/> Arancel demasiado alto |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL:

Al marcar las casillas junto a las categorías de la Información estrictamente confidencial que figura a continuación, autorizo específicamente el uso y/o la divulgación de la categoría de la Información estrictamente confidencial indicada junto a la casilla: (Marque todos los que correspondan; si deja una casilla sin marcar, la información no se divulgará por ningún motivo).

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental o discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Abuso de un adulto con discapacidad | <input type="checkbox"/> Abuso sexual | <input type="checkbox"/> Abandono/abuso de menores |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (ETS) | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (es decir, alcohol o drogas) | |
| <input type="checkbox"/> Pruebas o tratamiento para VIH/SIDA (incluidos los casos en que se solicitó, realizó o registró una prueba de VIH, independientemente de que los resultados de estas pruebas hayan sido positivos o negativos). | | | |

Comprendo que esta autorización vencerá el _____ (Inserte la fecha de vencimiento o evento, no más de un año). Si especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización vencerá a los noventa (90) días a partir de la fecha en que firmé esta autorización. Para cualquier otra solicitud necesaria, que no esté mencionada arriba, se deberá completar otro formulario.

