**Centro de Salud de la Familia de Amigos, Inc.AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**el nombre legal del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Último**  **Primero**

**MRN\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Le gustaría recibir sus registros electrónicamente? Ciox/Datavant es responsable del procesamiento electrónico de los registros)Sí**

|  |
| --- |
| Would you like to Receive your Records Electronically? Ciox/Datavant is responsible for processing records electronically)  **Yes Email Address: (required if electronic delivery is desired) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No** |

**Autorizo**

**□Cottage Grove/Beethoven/51st □Western/Ashland**  **□Pulaski NO CDS PLEASE**

6250 s. Cottage Grove. 5843 S. Western Ave 5635 S. Pulaski Rd.

Chicago, IL 60615 Chicago, IL 60636 Chicago, IL 60629

Ph: 312-682-6110 Ph:312-682-6110 Ph: 312-682-6110

Fax: 844.392.4716 fax:844-393-6825 fax: 844-393-6824

**PARA:**

□ Enviar información a □ obtener información de □ otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre/Médico o Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State\_\_\_\_\_\_\_\_\_ZIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax:

**Motivo de la liberación:**

□ Transferencia de atención a otro proveedor □ Uso legal □ uso de seguros/beneficios □ Continuación de la atención Proveedor especializado

□ Transición de la atención □Copia para registro personal □ Seguro Social/Discapacidad □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Registros de los que autorizo el uso o divulgación:** □ **Complete los registros** o marque todos los que correspondan a continuación

□ Registros obstétricos/prenatales □ Notas de Visita/Progreso □ Informes de diagnóstico/imagen para TC / PET / RAYOS X / VQ

□ Lista de problemas □ Cartilla de vacunación □ Notas de gestión de casos

□ Lista de medicamentos □ Informes de laboratorio □ Pruebas respiratorias

OTRO:

**Fechas de servicio**: (desde) (a través)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reconozco que la siguiente información está protegida contra la divulgación por la ley federal o estatal sin autorización específica. Doy mi consentimiento específico para el uso o divulgación como se indica a continuación: (**por favor, ponga sus iniciales junto a cada tipo de registros**)

\_\_SIDA/VIH \_\_ Tratamiento del alcohol \_\_ Notas de consejería \_\_\_\_ Notas sobre el abuso de sustancias

\_\_ Enfermedades de transmisión sexual \_\_ Notas de la visita psiquiátrica

**Entiendo lo siguiente**

* Esta instalación se ha asociado con Ciox/Datavant. Entiendo que, de conformidad con la ley del estado de Illinois, puede haber una tarifa por los registros.
* Entiendo que esta autorización es voluntaria. Friend Family Health Center no condicionará el tratamiento, el pago o la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios a que autorice esta divulgación.
* Entiendo que esta autorización expirará el (introduzca la fecha o el evento). En caso de que no se introduzca la fecha, esta autorización caducará 1 año después de la fecha que se indica a continuación.
* Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Friend Family Health Center por escrito. Esto no se aplicará a los registros que ya se hayan publicado. Envíe un aviso a: Oficial de Privacidad, , Friend Family Health Center800 East 55th St. Chicago, IL 60615
* Una vez que se publican los registros, la clínica que divulga los registros no puede evitar que se entreguen a un tercero. En ese momento, es posible que los registros ya no estén protegidos por las leyes de privacidad estatales y federales.
* Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser utilizada o divulgada según lo permita la ley federal o estatal. También tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha (Firma del Cliente o Representante Personal) Fecha (Firma del Padre o Tutor, si es necesario)

Razón por la que el paciente no puede firmar: □ Menor □ Difunto □Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aviso a quien sea que se haga la divulgación**: Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya información médica protegida está protegida por las leyes estatales y federales, incluida la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales. Estas leyes le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece.