

Thorek

850 W. Irving Park Road Chicago IL 60613-3098. Tel 773-975-6813, Fax 773-525-7168

**AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN
MÉDICA PRIVILEGIADA O PARA REVISAR INFORMES MÉDICOS**

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____ Teléfono: (____) _____
(mes / día / año)

Descripción de información que se puede entregar: Fecha(s) de tratamiento:
____ PACIENTE INTERNADO _____
____ PACIENTE EXTERNO _____
____ SALA DE EMERGENCIA _____
____ CLÍNICA _____
____ CIRUGÍA AMBULATORIA _____
____ RADIOLOGÍA AMBULATORIA _____
____ OTRAS _____

Por la presente autorizo al Thorek Memorial Hospital para que ENTREGUE A: OBTENGA DE:
Persona / Instalación _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____

Autorizo a Thorek Memorial Hospital para que entregue información confidencial como se indica:
 SIDA / VIH Asalto sexual Salud mental
 Abuso de drogas o alcohol Maltrato de menores Incapacidades del desarrollo

Se utilizará esta información para el fin como se indica:
 Continuidad de tratamiento Particular Legal Otro: _____

He sido informado que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusar firmar esta autorización. A menos que la ley lo permita, el hecho de que yo rehuse firmarla no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, recibir pago, o a tener derecho a beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al departamento de HIM por escrito. Sin embargo la revocación no tendrá efecto si (a) Se hayan tomado medidas a base de esta autorización; o (b) Si la autorización se haya obtenido como condición para obtener cobertura de seguro de salud, otra ley le da a la aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo la póliza o la póliza misma.

He sido informado que la información que he autorizado para ser entregada a alguna persona o entidad puede a su vez ser difundida de nuevo y puede, por consiguiente, no estar sujeta a reglamentos federales de privacidad.

Esta autorización terminará: _____
(Fecha, evento o condición cuando la autorización termina)

Firma del paciente o del representante debidamente autorizado por el paciente Fecha de la firma

Relación con el paciente

Firma del testigo Fecha de la firma