

KCH  Valley West  Hospicio  HREI  KRRC  UP  IRCC  DMRC  Centro de Cáncer

**SISTEMA DE SALUD DE KISHWAUKEE - AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

- Yo autorizo al Sistema de Salud de Kishwaukee a divulgar:  
 Yo autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar:

Marque todos los que corresponden

Hoja Inicial \_\_\_\_\_  
Informe del Dpto. de Emergencia \_\_\_\_\_  
Historial/Físico \_\_\_\_\_  
Informe Operatorio \_\_\_\_\_  
Resumen al Dar de Alta \_\_\_\_\_  
Consultas \_\_\_\_\_  
Resultados de Laboratorio \_\_\_\_\_  
Resultados de Alcohol en Sangre \_\_\_\_\_  
Informes de Rayos X/Filmes \_\_\_\_\_  
ECG \_\_\_\_\_  
Formularios de Transferencia \_\_\_\_\_  
Registros de Salud Mental\*\* \_\_\_\_\_  
Registros de Abuso de Sustancia \_\_\_\_\_  
Registros de VIH/Sida \*\* \_\_\_\_\_  
Abuso/Agresión Sexual\*\* \_\_\_\_\_  
Informe de Visita a Oficina/Hogar \_\_\_\_\_  
Ver Registros \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

De los Expedientes Médicos de:

\_\_\_\_\_ (nombre del paciente)

\_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_ (número de seguro social)

\_\_\_\_\_ (fechas aplicables, si fueran conocidas)

A: medico personal/agencia receptora/ otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (domicilio)

Para propósitos  Médicos  Personales  Cuentas  Otros - \_\_\_\_\_

Esta autorización caducará \_\_\_\_\_, 90 días de la fecha en que fue firmada.  
(mes/día/año)

- ◇ Yo entiendo que habrá un cargo por hacer copias, basado en el número de páginas solicitadas.
- ◇ Yo entiendo que mi negativa al consentimiento para liberar la información mencionada arriba puede evitar la divulgación de la información.
- ◇ Yo entiendo que tengo el derecho de pedir, examinar y copiar la información mencionada arriba y que mi petición puede ser denegada.
- ◇ Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización dando aviso escrito al Funcionario de Privacidad, 626 Bethany Road, DeKalb, IL 60115.
- ◇ Yo entiendo que en ciertas circunstancias cualquier petición puede ser denegada. Si mi petición es denegada, yo seré notificado de esta denegación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal\*

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Si no lo firma el paciente, indicar el parentesco legal con el paciente y la base legal sobre la cual se da el consentimiento.**

**\*\*Esta información ha sido divulgada a usted de sus registros protegidos por las reglas Federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas Federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o por las otras formas permitidas por la regla 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información a la investigación criminal de un paciente o a su procesamiento por cualquier abuso de alcohol o de drogas.**

**ROTULO DE PACIENTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Servicio:** \_\_\_\_\_