Location: ☐Highland ☐Bolingbrook ☐Elgin-Villa ☐Elgin-Wing ☐Indian
☐Bensenville ☐Carol Stream ☐Romeoville ☐Tomcat ☐Joliet

Patient ID: _____
(Office Use Only)

400 N Highland Ave (630) 978-2532 Tel
Aurora, IL 60506 (630) 482-8180 Fax
www.vnahealth.com

VNA Health Care

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN DE

☐ En persona ☐ Por Fax ☐ Por correo

Nombre del paciente	**Nombre de soltera**
Teléfono	**Fecha de nacimiento**
Dirección	**Ciudad, estado y código postal**

SALUD DEL PACIENTE

Yo, _____ por la presente autorizo al **VNA Health Care** a
(Nombre del Paciente / representante legal)

☐ Entregar Información(escrita/oral/electrónica) ☐ A:
☐ Recibir ☐ De:

Agencia/Instalación/Persona: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/código postal: _____

Número telefónico/Fax : _____

En cuanto a los cuidados del paciente anterio del : _____ **al** _____
(fecha de inicio) (fecha de terminación)

O ☐ **Todas y cualquier fecha**

Estos registros son entregados para propósitos de (Márque todas las que apliquen)

☐ Continuación de asistencia ☐ Relación abogado/cliente ☐Seguro ☐ A solicitud del paciente

☐ Otro_____

INFORMACIÓN A SER ENTREGADA:

☐ Todos y cualquier registro ☐ Reportes de diagnóstico ☐ Factura detallada ☐ Reportes de laboratorio/patología
☐ Obstetricia/Ginecología ☐ Notas de visita a oficina ☐ Registros dentales ☐ Registro médico de hospicio
☐ Registro médico de salud casera ☐ Reportes de consulta ☐ Notas de teléfono ☐ Registro de inmunizaciones
☐ Otro_____

Yo debo de ***poner mi inicial**** en uno o más de los siguientes tipos de información de salud que he solicitado se entregue o reciba de la agencia/instalación/ persona mencionada arriba.

_____ **Diagnóstico, evaluación y/o tratamiento por abuso de alcohol o drogas

_____ **Registros de laboratorio, diagnóstico, evaluación y/o tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual (STDs).

_____ **Registros de cualquier prueba de VIH (prueba de SIDA) resultado, diagnóstico y/o tratamiento

_____ **Registros o evaluación psiquiátrica, psicológica, y/o tratamiento por enfermedad mental, física y/o emocional, Incluyendo, pero no limitado a, resumen narrativo, pruebas, evaluación de trabajo social, medicamentos, exámen psiquiátrico, notas de progreso, consultas, y planes de tratamiento.

Patient ID: _____
(Office Use Only)

Su negación a firmar ésta autorización: El proveedor del cuidado de la salud no puede condicionar el tratamiento en base a si usted firma o no ésta autorización. Si usted se niega a firmar ésta autorización el proveedor del cuidado de la salud no detendrá su tratamiento y no dará a conocer la información a la persona u organización que ha especificado anteriormente.

Comunicaciones orales: Yo entiendo que ésta autorización permite al proveedor del cuidado de la salud (y sus empleados) a hablar sobre mi información médica individual descrita en éste documento con el receptor de la información.

Nueva divulgació: Yo entiendo que la información usada y/o divulgada conforme a ésta autorización puede ser divulgada nuevamente por el receptor de la información y puede ya no ser protegida por la ley Federal. Sin embargo, si la infomación divulgada conforme a ésta autorización incluye registros de tratamiento por alcohol o drogas, la persona(s) que reciben dicha divulgación queda notificada por la presente que ésta información ha sido divulgada de los registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohiben que dicha persona(s) haga cualquier otra divulgación de ésta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente permitida por la autorización escrita del paciente a quién pertenece se haya autorizado de otra manera. Una autorización general para la divulgación de información médica o de cualquier otro tipo NO es suficiente para éste propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar legalmente a cualquier paciente de alcohol o drogas. Si la información divulgada conforme a ésta autorización incluye la identidad de un individuo a quién se le ha realizado una prueba de VIH, los resultados de la prueba de VIH o información relacionada con el tratamiento de SIDA, la persona(s) que recibe dicha divulgación queda notificada por la presente que ésta información ha sido divulgada de registros confidenciales protegidos por la ley de Illinois. La ley de Illinois prohibe que dicha persona(s) haga cualquier otra divulgación de ésta información sin el permiso especifico, escrito e informado del paciente a quién pertenece, o permitido de otra manera por la ley de Illinois. Una autorización general para la divulgación de información médica o de cualquier otro tipo NO es suficiente para el propósito de divulgación de resultados de pruebas o diagnósticos de VIH.

Revocación: Yo entiendo que puedo revocar ésta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al proveedor del cuidado de la salud enviando la carta a la atención del Gerente del Departamento de Registros Médicos a la dirección del proveedor del cuidado de la salud. Yo entiendo que si revoco ésta autorización, no afectará ninguna de las acciones que el proveedor del cuidado de la salud tomó antes de recibir mi carta de revocación.

Expiración: Esta autorización expirará al año de la fecha indicada abajo, o antes si así lo elige, en cuyo caso ésta autorización expirará en _____ (si aplica, inserte la fecha en la linea anterior. Nota: Usted no puede indicar que no hay expiración; por ejemplo, las palabras "no expira" o "sin expiración" o "ninguna" no son aceptables). Sin embargo, si los registros a ser usados o divulgados conforme a ésta autorización tienen que ver con tratamiento psiquiátrico, psicológico y/o salud mental, ésta autorización expirará a los 90 días de la fecha indicada abajo, o antes si así lo elige, en cuyo caso ésta autorización expirará el _____ (si aplica, inserte la fecha en la linea anterior. Nota: Usted no puede indicar que no hay expiración; por ejemplo, las palabras "no expira" o "sin expiración" o "ninguna" no son aceptables).

_____ _____

****FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE**** **FECHA**

_____ _____

****FIRMA DEL TESTIGO**** **FECHA**

Nombre impreso del representante del paciente,si aplica: _____
Relación con el paciente:

☐ Padre ☐ *Guardian legal ☐ *Otro: _____
*Documentación legal de la autoridad del representante debe acompañar ésta autorización.

_____ _____

****FIRMA PARA RECOJO EN PERSONA PACIENTE O DESIGNADO**** **FECHA**

Permita aproximadamente 30 días hábiles para cumplir todas las solicitudes

Cargos comúnes pueden aplicar por las copias de registros

Per 735 ILCS 5/8-2006

Office Use Only Fee/Paid $ _____ /_____ Date Called _____ Date Sent _____

Completed by whom: _____ Pages _____