

AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE LA INFORMACION SOBRE LA SALUD

Nombre del Paciente _____ MRN _____

Dirección Actual _____

Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____

POR LA PRESENTE YO AUTORIZO Y PIDO (señale lo pertinente)

- SwedishAmerican Hospital SwedishAmerican Home Care
- SwedishAmerican Medical Center Belvidere
- SwedishAmerican Medical Group (indique el sitio)
- Otro _____
(Nombre de la organización, persona y dirección)

PARA LA PUBLICACION, EL USO Y/O LA REVELACION DE LA INFORMACION SOBRE LA SALUD COMO SIGUE:

- El expediente médico completo
- Unicamente una parte del expediente (incluye información dictada y resultados de pruebas diagnosticadas)
- Creaciones de imágenes médicas (Rayos-X, CT, MRI, CINE)
- Otros (especifique) _____

CON REFERENCIA A LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS O AL PERIODO DE TIEMPO
Desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha).

LA INFORMACION DEBERA SER REVELADA A _____
(Nombre de la organización/de la persona y al dirección) _____

LA(S) RAZON(ES) O LA NECESIDAD PARA ESTA REVELACION ES:

- Cuidado médico Propósitos de aseguranza Otro

VENCIMIENTO: Esta autorización deberá ser recibida dentro de los 90 días de la fecha en que se firmo, y vencerá al año de la fecha de autorización, a menos que sea suspendida por el paciente.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLINICA :

En caso que el traslado se deba a que el paciente suspenda los servicios del médico/clínica:

- Requisito de la aseguranza Disponibilidad de un médico
- Falta de satisfacción Ubicación nueva Otra razón _____

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE:

Tengo entendido que yo puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, excepto por lo que ha sido revelado de la información o por otra acción tomada con dependencia de ella, o si fue obtenida como una condición de cobertura de aseguranza y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación o una póliza. Cualquier revocación por escrito deberá ser firmada por el paciente o su representante legal, y con testigos, y entregada a la oficina del Oficial de la Privacidad, del Sistema de Salud del Hospital SwedishAmerican, 1401 E. State, Rockford, IL 61104.

Tengo entendido que con ciertas excepciones, los proveedores del cuidado de salud y otros no pueden determinar el tratamiento, el pago, o la matricula o la elegibilidad para los beneficios de un plan de salud, cuando reciben una autorización. Excepciones pueden existir cuando la autorización fue pedida para un tratamiento relacionado con una investigación, para un cuidado de salud únicamente a fin de crear un informe que será revelado a una tercera parte (tal como para un examen físico pre-empleo o pre-matriculación) o para una matriculación o la elegibilidad con un plan de salud. Si tal actividad hubiera sido hecha a base de esa Autorización, yo entiendo que al rehusar de firmarla podría resultar con el rechazo de tal tratamiento, pago, o otra actividad. Yo entiendo que si yo rehuso autorizar la revelación de información requerida para tramitar el reembolso de la aseguranza, yo podría quedar económicamente responsable para el servicio fundamental.

Tengo entendido que existe la posibilidad de revelaciones adicionales por recipientes de la información a personas que no están bajo las protecciones de la privacidad o de la confidencialidad.

Tengo entendido que la información sobre la salud identificada arriba puede incluir la salud mental, casos del impedimento del desarrollo, abuso del alcohol y de drogas, y/o resultados y/o información, sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) VIH, y que yo tengo el derecho de investigar y copiar la información solicitada que será revelada conforme a esta Autorización.

Tengo entendido que yo puedo rehusar firmar esta Autorización, y represento que ninguna persona he coaccionado o impuesto ninguna condición inapropiada sobre esta Autorización que estoy suministrando. Ninguna otra consecuencia desfavorable me resultara si yo rehusé de firmar esta Autorización.

Por la presente yo exonero y declaro inocente al SwedishAmerican Health System, al Hospital SwedishAmerican, a las organizaciones afiliadas, las clínicas y agencias de cuidado a domicilio, y a su personal respectivo, proveedores, directores, oficiales, empleados, agentes, sucesores apoderados y abogados, de y contra cualquier y toda responsabilidad, daños, reclamaciones, o pleitos, incluyendo honorarios razonables de abogados, con referencia a la revelación o al uso de la información identificada arriba.

Tengo entendido que esta autorización vencerá, sin revocación manifestada, dentro de un año a partir de la fecha de la firma a menos que se indique a lo contrario. Además tengo entendido que la información sobre mi salud puede estar guardada electrónicamente en la computadora, tanto como en una copia permanente y que puede ser obtenida por proveedores del cuidado de salud de otras organizaciones incluyendo el Sistema de Salud del SwedishAmerican, quien esta autorizado a participar con mi cuidado. Tengo entendido que estoy autorizando que la información mencionada arriba puede ser revelada verbalmente, a través de copias del expediente médico y o por fax.

Firma del Paciente o de su Representante Legal Fecha

Es posible que lo pacientes de edad 12-17 años necesiten firmar y poner fecha con padres o tutores cosignadores.

Co-signatorio Fecha

Firma de Testigo Fecha