

UNIVERSITY OF ILLINOIS
COLLEGE OF MEDICINE
AT ROCKFORD
FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

PATIENT LABEL HERE

Nombre del paciente (LETRA IMPRENTA): _____ Apellido Primer nombre Inicial _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ Mes/Día/Año

Número telefónico del paciente: (____) _____ - _____ donde se le puede ubicar en caso de que surjan preguntas.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA Divulgar a: Obtener de: Intercambiar información con:

University Family Health Center
1221 E. State Street
Rockford, IL 61104
Teléfono (815) 972-1000/Fax (815) 972-1086

SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA Divulgar a: Obtener de: Intercambiar información con:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono (____) _____ - _____ Fax (____) _____ - _____

El objetivo de esta divulgación: Atención médica continua Legal Personal Seguro Otro (especificar): _____

Este acceso se limita a la información señalada a continuación:

Tipo de encuentro: Paciente ambulatorio Fecha(s) _____

Divulgar sólo las partes del registro que se indican a continuación:

- Antecedentes/examen medico Informe de patología Inmunizaciones Informes de laboratorio
 Informe de cirugía Otro: _____
 El registro completo: **debe especificar fechas** _____

Autorizo a la Universidad de Illinois a divulgar información de carácter delicado, de acuerdo a lo indicado:

El paciente de 12 años o más que haya aceptado el tratamiento, debe autorizar la divulgación de información de carácter delicado.

- SIDA/VIH Consumo de drogas o alcohol Salud mental Información genética
 Violencia sexual Abuso infantil Discapacidad del desarrollo

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Salvo que la ley lo permita, mi negación a firmar no afectará la posibilidad de recibir tratamiento, pago o ser elegible para obtener beneficios.

Comprendo que puedo rechazar esta autorización en cualquier momento notificando a la persona/organización que provee la información por escrito. Comprendo que la información, que autorice entregar a una persona o entidad, puede volver a ser divulgada, en cuyo caso ya no estará protegida por los reglamentos federales sobre privacidad.

Esta autorización está vigente hasta _____ o dentro de los 90 días contados desde la fecha de la firma.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante legal

Parentesco con el paciente

Firma del testigo

Parentesco con el paciente

OFFICE USE ONLY

Date Received: _____

Patient MRN: _____

Date Released: _____

Released by: _____

Information Released (or comments): _____



5 0 0 4 S