

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (nulo si se modifica el formulario)

La información que usted solicita podría estar disponible a través de MyDMGHealth en <https://mychart.dupagemedicalgroup.com>.

SECCIÓN 1: Información del paciente (por favor llene en letra de molde TODOS los espacios en blanco)

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/ZIP: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN 2: Información solicitada (por favor marque todas las casillas apropiadas)*

Por favor indique la clase de información específica que será divulgada. ("Todos los registros" o fechas incompletas no se consideran específicos.)

Podrían aplicarse cargos. Por favor contáctenos para detalles. No se aceptan pagos en efectivo.

- Ubicación del Departamento/Médico/Clinica: _____
- Informes de radiología Imágenes radiológicas (CD) Informes de cardiología Imágenes cardíacas (CD) Laboratorios
- Notas de progreso Imágenes vasculares (CD) Lista de medicamentos Inmunizaciones Facturación
- Otro: _____

*Para las siguientes fechas de tratamiento: _____
(Ejemplos: fecha específica – 25 de enero de 2013; rango de fechas – de enero a julio de 2014)

SECCIÓN 3: Autorizo a Duly Health and Care a divulgar los registros del paciente indicados anteriormente a:

Nombre de la persona/organización: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/ZIP: _____ Fax: _____

***AVISO SOBRE INFORMACIÓN SENSIBLE, DE ACUERDO CON 45 CFR § 171.204(a)(2):** El sistema de registros médicos electrónicos de Duly **no puede segmentar "información sensible" sobre (1) salud mental, (2) VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés), (3) pruebas genéticas o sobre (4) abuso de drogas y/o bebidas alcohólicas, de otra información en sus registros médicos. Por consiguiente, esta información sensible será divulgada a la persona u organización nombrada en la sección 3 una vez que usted firme este formulario.**

**** Para menores entre las edades de 12 y 17, se requiere de la firma del menor en la Sección 6 para la divulgación de Registros de Salud Mental.**

SECCIÓN 4: Método de envío (el envío electrónico y MyChart excluye imágenes de radiología)

- Fax Correo de EE. UU. MyChart (debe tener una cuenta active)
- Envío electrónico seguro (Secure e-Delivery) → Dirección de correo electrónico: _____
- Recolección con documento de identificación con fotografía (**llamaremos cuando estén listos los registros**) Persona que recogerá los registros: _____

SECCIÓN 5: Propósito de la divulgación

- Continuación de la atención Motivos personales Seguro Otro: _____
- Transferencia de la atención (salida permanente) Legal *** (Incluirá información de salud mental, VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual, pruebas genéticas y abuso de drogas y/o bebidas alcohólicas, si está incluida en las fechas de tratamiento solicitadas; consulte la Sección 2 arriba)**

SECCIÓN 6: Firma(s)

- Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando la revocación al Departamento de Divulgación de Información (ROI) de Duly a la siguiente dirección: 1100 W. 31st St. Downers Grove, IL. La revocación no será aplicable si Duly ha actuado en base a la autorización.
- Comprendo que esta autorización vencerá en 90 días o en la siguiente fecha específica _____ o en caso de que ocurra este evento _____.
- Comprendo que la información divulgada puede ser objeto de re-divulgación por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la ley.
- Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar/recibir una copia de la información usada/divulgada y recibir una copia de este formulario.
- *** Comprendo que la divulgación incluirá información sobre salud mental, VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual, pruebas genéticas y abuso de drogas y/o bebidas alcohólicas (consulte la Sección 3 arriba).**
- Comprendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y Duly no condiciona el tratamiento a la firma de esta autorización, excepto en casos de divulgación necesaria para pago de reclamos (excluyendo notas de psicoterapia) o prestación de servicios de cuidado de la salud exclusivamente para el propósito de crear Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para divulgación a terceros (por ej., pre-empleo o exámenes físicos para seguro de vida).

POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y COMPENDIDO EN SU TOTALIDAD LAS DECLARACIONES Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

(Se requiere de la firma de un testigo excepto si se marca continuación de la atención o transferencia de la atención en la Sección 5 o los registros son presentados al paciente)

Firma del representante (para menores, etc.): _____ Relación o parentesco: _____ Fecha: _____