

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: / / SS# _____ - _____ - _____

Nombre de soltera u otro(s) nombre(s): _____ MRN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ C.P. _____

Número de teléfono: _____ (casa, celular, otro) Email: _____

Autorizo a: Promise Healthcare - Administración de Información de Salud (HIM)

* Incluye Frances Nelson Clinic, Promise Healthcare en Neil Street, Urbana School Health Center

☐ Para enviar a:

O

☐ Para solicitar a:

Nombre del centro de atención médica, médico, individuo o agencia, etc.

Dirección

Ciudad, Estado,
Código postal

Número de
teléfono

Fax

Método de liberación:

☐ Correo

☐ Recogido en el Departamento de HIM

☐ Email

*Si elige recibir su información médica por correo electrónico, existe el riesgo de que la información en el correo electrónico pueda ser leída por un tercero.

REGISTROS ESPECÍFICOS A SER LIBERADOS

- ☐ Todos los registros
- ☐ Registros de vacunación (especificar la fecha):
- ☐ Registros de facturación (especificar fechas):
- ☐ Visita al consultorio (especifique fechas y proveedor):

- ☐ Exámenes de lab.
- ☐ Odontológico ☐ Otro (especificar):
- ☐ Fecha(s) de tratamiento:

El propósito de esta revelación de información es _____

(es decir, atención continua, reclamo de seguro, asesoría legal, etc.)

- Entiendo que mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, tratamiento para el abuso de alcohol y/o sustancias
- Tengo el derecho de inspeccionar y obtener una copia de los registros que serán revelados. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de una nueva revelación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si quiero revocar esta autorización, debo proporcionar una revocación por escrito al departamento de HIM de Promise Healthcare. Entiendo que la revocación no aplicará para la información que se reveló anteriormente.
- Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento _____ . Si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá en la fecha de la firma a continuación y los registros solo serán liberados para servicios hasta esa fecha inclusive. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización
- Entiendo que puede haber un cargo para obtener una copia de estos registros.

Si desea alguna de la siguiente información de salud, debe marcar e y colocar sus iniciales junto a la categoría a continuación:

☐ Registros de abuso de alcohol/drogas _____ Iniciales

☐ Genéticos _____ Iniciales

☐ VIH/SIDA/Enfermedades
De Transmisión Sexual _____ Iniciales

ATENCIÓN: Este es un documento legal. Por favor, lea atentamente. Al firmar, usted acepta que comprende y acepta los términos de este formulario.

Si el paciente tiene 18 años de edad o más, él debe firmar y fechar el formulario.

Si el paciente tiene 18 años de edad o más y no puede firmar, un sustituto legalmente autorizado puede firmar y fechar el formulario.

Indique su autoridad legal e incluya documentación de su relación

☐ Tutor Legal o Curador Agente de Atención Médica (Poder Notarial para Atención Médica)

Si el paciente tiene 17 años de edad o menos, el padre o tutor legal del paciente debe firmar y fechar el formulario, a menos que exista una excepción bajo la ley estatal o federal. Por favor, indique su relación: Padre ☐ Tutor Legal ☐

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Se requiere la fecha de vencimiento del consentimiento si se solicitan registros de abuso de alcohol/drogas: _____

Nombre escrito de la persona que firma (si no es el paciente): _____ Teléfono: _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Liberado por Nombre del Personal: _____ Tipo de ID verificado: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Instrucciones para el personal (para uso interno)

☐ No se solicitan copias, solo escaneo

☐ Solo solicitud de copia de registro

-Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ SS# ____-____-____

Nombre de soltera u otro(s) nombre(s): _____ MRN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Número de teléfono: _____ (casa, celular, otro) Email: _____

Autorizo el uso/revelación de mis REGISTROS y/o información DE SALUD CONDUCTUAL de la siguiente manera:

PARTE QUE TIENE MIS REGISTROS DE SALUD CONDUCTUAL (QUIÉN ENVÍA MIS REGISTROS)

☐ Promise Healthcare y cualquier Entidad de Promise Healthcare

☐ Otro: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

PARTE o PARTES QUE DESEO QUE RECIBAN MIS REGISTROS DE SALUD CONDUCTUAL (QUIÉN OBTENDRÁ MI INFORMACIÓN)

☐ Promise Healthcare y cualquier Entidad de Promise Healthcare

☐ Otro: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

PROPÓSITO DEL USO/REVELACIÓN DE MIS REGISTROS Y/O INFORMACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

☐ Seguimiento médico

☐ Demanda

☐ Suscripción (Seguro)

☐ Motivos de empleo

☐ Solicitud del paciente (No deseo ser más específico)

LAS FECHAS DE LOS REGISTROS Y/O LA INFORMACIÓN QUE SE UTILIZARÁ O REVELARÁ:

☐ Registros o información de: _____ (fecha inicial) a _____ (fecha final)

DESCRIPCIÓN DE MIS REGISTROS DE SALUD CONDUCTUAL Y/O INFORMACIÓN QUE SE UTILIZARÁ Y REVELARÁ:

☐ Visita al Consultorio-Psicología/Psiquiatría/Neuropsicología

☐ Evaluación Neuropsicológica

☐ Exámenes de lab.

☐ Registros de facturación

☐ Otro: _____

REGISTROS ESPECIALMENTE PROTEGIDOS

Si desea alguna de la siguiente información de salud, debe marcar e y colocar sus iniciales junto a la categoría a continuación:

☐ Registros de abuso de alcohol/drogas _____ Iniciales

☐ Genética _____ Iniciales

☐ VIH/SIDA/Enfermedades de Transmisión Sexual _____ Iniciales

VENCIMIENTO

Esta autorización vencerá el ____/____/____ (DD/MM/AA). Si no se especifica una fecha, la información solo será revelada a partir de la fecha en que Promise Healthcare reciba esta solicitud.

CANCELACIÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo una carta indicando que quiero cancelarla. Debo firmar la carta, fecharla y hacer que una persona que pueda identificarme la firme como mi testigo. La carta debe ser entregada a la Administración de Información de Salud de Promise en la dirección que se muestra en la parte posterior de esta página. La cancelación entrará en vigencia cuando Promise Healthcare reciba la carta. Entiendo que la carta no tendrá ningún efecto en los usos/revelaciones de mi información médica que se hicieron antes de que Promise Healthcare recibiera mi carta.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: / /

REVELACIÓN ADICIONAL DE MIS REGISTROS Y/O INFORMACIÓN MÉDICA

Entiendo que la persona que recibe mi información de salud conductual, registros de abuso de alcohol y drogas o registros de VIH NO puede revelarla a otra persona sin mi permiso, a menos que lo permita la ley.

CARGOS

Es posible que me cobren un cargo de copia para completar esta solicitud. Puedo solicitarle a Promise Healthcare un estimado del cargo. Si hay un cargo, la factura puede provenir de **(nombre de la empresa de facturación)** la empresa que procesa la solicitud de información de salud para Promise Healthcare. Si tiene preguntas sobre posibles cargos, comuníquese con el departamento de correspondencia al número que aparece a continuación.

DERECHO A INSPECCIONAR Y TENER COPIAS

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y recibir una copia de los registros que se revelarán de conformidad con esta autorización

MI AUTORIZACIÓN

Firma del paciente de 12 años o más

Fecha de firma

Firma del Representante Legal o Tutor

Fecha de firma

Nombre escrito del Representante o Tutor

Fecha de firma

Firma o Firma del Testigo del Paciente

Fecha de firma

INSTRUCCIONES SOLO PARA LA SOLICITUD DE COPIA DE REGISTRO (MARQUE UNA SI CORRESPONDE):

☐ Enviar las copias del registro por correo a la
parte o partes que nombré en la sección #3

☐ Se recogerán los registros

DEVUELVA ESTE FORMULARIO LLENO A:

Promise Healthcare 819
Bloomington Rd
Champaign, IL 61820
217-356-1558

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

NOTIFICACIÓN DE LIBERACIÓN DEL PROVEEDOR: (SOLO PARA USO EN LA OFICINA)

☐ El Dr. _____ ha sido notificado de esta liberación _____ (iniciales/fecha)

☐ El Dr. _____ ha sido notificado de esta liberación _____ (iniciales/fecha)

☐ HIM ha notificado a todos los proveedores _____ (iniciales/fecha)

☐ El Dr. _____ ha negado esta liberación _____ (iniciales/fecha)

Liberado por Nombre del Personal: _____ Tipo de identificación verificada: _____ Fecha: _____