

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA COPIA DE HISTORIAL MEDICO



Use este formato para solicitar copia de su historial médico. Para que CCHHS pueda llevar a cabo su solicitud y a la brevedad posible llene este formato completo.

Apellido del Paciente		Nombre del Paciente			Segundo Nombre		
Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año	Fecha de hoy	Mes	Día	Año
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	
INFORMACION SOLICITADA. Yo autorizo al Cook County Health & Hospital System para usar y revelar la información que sigue durante el termino de esta autorización. Marque todas las casillas que sean necesarias.							
<input type="checkbox"/> Notas de su visita a la Clínica (ultima clínica) <input type="checkbox"/> Historial Dental <input type="checkbox"/> Reporte de la Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Cirugía (Reporte de la operación, Reporte Patológico) <input type="checkbox"/> Conclusiones, incluyendo Hospitalización. (Historia, y físico, Consultas, Cirugía, Conclusiones de alta.)		<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo <input type="checkbox"/> Historial de Cobros Y Pagos <input type="checkbox"/> Resultado de Rayos- X <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio <input type="checkbox"/> Notas de Terapia (favor de especificar) <input type="checkbox"/> Otra (favor de especificar) _____			Imágenes Radiológicas <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Tomografía Computarizada <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Angiograma <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear <input type="checkbox"/> Tomografía de Hueso		
<input type="checkbox"/> Expediente de Farmacia		<input type="checkbox"/> Fecha específicas: _____			<input type="checkbox"/> Todas las Fechas		
Para las fechas de Tratamiento que siguen							
De las siguientes Dependencias (Marque todas las Necesarias.)							
<input type="checkbox"/> John H. Stroger, Jr. Hospital of Cook County <input type="checkbox"/> Oak Forest Hospital of Cook County <input type="checkbox"/> Provident Hospital of Cook County <input type="checkbox"/> Ruth M. Rothstein CORE Center		<input type="checkbox"/> Cook County Department of Public Health <input type="checkbox"/> Ambulatory & Community Health Network <input type="checkbox"/> Clinica Fantus <input type="checkbox"/> Clinica Sengstacke <input type="checkbox"/> Otra: _____			Cermak Health Services of Cook County <input type="checkbox"/> Cook County Jail <input type="checkbox"/> Juvenile Temporary Detention Center		
Receptor. Detalles de envió-a usted o a la persona/compañía(por ejemplo, compañía de seguros, escuela, doctor)							
FORMA DE ENVIO		<input type="checkbox"/> Recoger en persona <input type="checkbox"/> Correo			<input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar)		
Enviar a-Nombre _____							
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal	Teléfono	
El propósito de esta copia (revelar) es		<input type="checkbox"/> Mi uso personal		<input type="checkbox"/> Compartir con un profesional de salud		<input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar)	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Termino: A menos que el casillero debajo sea revisado, esta Autorización será vencida cuando la solicitud esté llena.							
<input type="checkbox"/> A partir de la fecha de esta autorización hasta: _____							
<input type="checkbox"/> Hasta que los siguientes hechos ocurran: _____							
<input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar): _____							
NOTA: Para historial psiquiátrico, el termino deberá ser establecido, no se podrá usar "sin vencimiento"							



PATIENT LABEL

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA COPIA DE HISTORIAL MEDICO



Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Segundo Nombre
-----------------------	---------------------	----------------

SECCIÓN ESPECIFICA DEL CONSENTIMIENTO Favor de observar si el casillero no está completo, esta información no será revelada.

Verifique cualquier o todas las casillas de abajo para autorizar que esta información sea utilizada o divulgada con su registro.

Información sobre:

- Información acerca de enfermedad psicótica o discapacidad del desarrollo.
- Información acerca de pruebas o tratamiento de HIV/AIDS (incluyendo el hecho de que pruebas de HIV fueron ordenadas, realizadas o reportadas, aunque y a pesar de que los resultados fueron positivos o negativas.
- Enfermedades Contagiosas
- Enfermedades sexuales transmisibles
- Abuso de Substancias (por ejemplo alcohol o drogas)
- Abuso a un Adulto con Desabilidades
- Alto Sexual
- Abuso y Negligencia de un Menor
- Pruebas Genéticas
- Inseminación Artificial

- Notas de Psicoterapia (que no forman parte del expediente médico oficial)**
- Todo lo de arriba (Al marcar esta caja, Estoy indicando que he revisado la lista complete y autorizo el uso y revelación de toda la información confidencial en la forma descrita en esta autorización.)**

Tengo entendido que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a CCHHS, si decido hacerlo, tengo entendido que la cancelación no afectara ninguna acción tomada por CCHHS antes de recibir la cancelación firmada.

Tengo entendido que puedo rehusar firmar esta autorización y que si rehusó firmarla no afectara de ninguna forma mi tratamiento, forma de pago, registro en un plan de salud, o mi derecho a recibir beneficios.

Tengo entendido que tengo derecho a revisar o a copiar cualquier información usada o revelada por esta autorización. Tengo entendido que una vez que mi historial médico ha sido revelada al interesado CCHHS no puede garantizar que el interesado no revele la información médica a una tercer persona como lo indica la ley. Esta tercera persona podría no cumplir con las leyes de privacidad atadas a esta autorización.

Tengo entendido que CCHHS me pedirá firmar una autorización antes para recibir tratamiento relacionado con una investigación o solamente con el propósito de formar información médica para otra persona y que CCHHS no me proporcionara tratamiento relacionado con una investigación a menos que firme esta autorización.

He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y revelación de esta información médica. Autorizo a CCHHS a usar y a revelar mi historial médico de la forma descrita por esa autorización.

Firma del Paciente	Fecha
--------------------	-------

PARA USO DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

Nombre del Representante	Relación con el Paciente
--------------------------	--------------------------

Certifico que tengo autoridad legal bajo las leyes pertinentes para esta solicitud a nombre del paciente arriba indicado.

Firma del Representante Personal	Fecha
----------------------------------	-------



PATIENT LABEL