

Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)



Nombre del paciente (registros por publicar): _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. **Registros a divulgar:**

- Historial médico completo Informes de laboratorio Historial de vacunación Facturación detallada

2. **Registros confidenciales a divulgar (debe seleccionar al menos una opción):**

- Resultados de laboratorio de enfermedades de transmisión sexual/infecciones
 Salud del comportamiento Abuso de alcohol o sustancias La solicitud excluye los registros confidenciales

3. **Fechas del servicio a divulgar:**

- TODAS las fechas del servicio
 Fechas específicas del servicio: _____

4. Mis registros pueden ser divulgados **a la siguiente persona o empresa:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oak Street Health – Medical Records
2655 Warrenville Road, 3rd Floor
Downers Grove, IL 60515
Fax: 773-437-6797 | <input type="checkbox"/> _____
Nombre de la persona o empresa

Dirección postal/dirección de correo electrónico |
|--|---|

5. Autorizo la divulgación de mis registros médicos **con la finalidad de:**

- A petición del paciente o de su representante personal (sin finalidad específica)
 Finalidad específica: _____

6. Esta Autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque, a menos que introduzca aquí una fecha de caducidad diferente: _____ / _____ / _____

7. **Al firmar a continuación, entiendo y acepto que:**

- Mis registros médicos pueden incluir información confidencial relacionada con el tratamiento de condiciones de salud mental, abuso de alcohol o sustancias, enfermedades de transmisión sexual como VIH/SIDA u otras enfermedades transmisibles y no transmisibles, e información sobre marcadores genéticos.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Oak Street Health a la dirección, correo electrónico o número de fax que aparecen en la parte inferior de este formulario, excepto en la medida en que Oak Street Health ya se haya basado en esta autorización.
- Entiendo que firmar esta autorización es un acto voluntario y que esta autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago por tratamiento o inscripción o elegibilidad para beneficios de Oak Street Health. Una fotocopia o facsímil de esta Autorización firmada es tan válida como el original y será aceptada.
- La persona que reciba mi Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) puede compartirla con otros. Lo que significa que es posible que las leyes de privacidad, federales o estatales, ya no protejan mi PHI.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Firma del paciente/representante personal*

Fecha

*Si firma una persona que no sea el paciente, escriba su nombre completo, explique su autoridad para actuar en nombre del paciente y facilítenos la documentación que acredite dicha autoridad (por ejemplo, un poder notarial o un formulario de tutela):
