

Health Information Management  
833 S. Wood Street, Room B-52  
Chicago, IL 60612  
Teléfono: 312-996-6830  
Fax: 312-413-8014



Otra ubicación de University of Illinois Medical Center at Chicago  
(UIMCC) (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**  
**\*\*Puede haber un cargo por copias\*\***

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Núm. del registro médico \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Por medio de este documento, autorizo que University of Illinois:**

LIBERE A:

OBTENGA DE:

Persona/instalación/agencia \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

**Descripción específica de la información que puede utilizarse/divulgarse:**

- PACIENTE HOSPITALIZADO Fechas de tratamiento \_\_\_\_\_  
(se proporcionará un resumen a menos que se especifique lo contrario)
- PACIENTE AMBULATORIO Fechas de tratamiento \_\_\_\_\_
- SALA DE EMERGENCIAS Fechas de tratamiento \_\_\_\_\_
- RADIOLOGÍA Fechas de tratamiento \_\_\_\_\_  CD  Radiografía  Reportes
- Otro (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

**La información se utilizará/divulgará con el siguiente propósito:**

- Cuidados de seguimiento  Uso personal  Legal  Otro (por favor, especifique)

**Autorizo que University of Illinois libere información sensible como se indica:**

Los pacientes de 12 años o más, que otorgaron su consentimiento para el tratamiento, deben autorizar la divulgación de información delicada.

- SIDA / VIH  Abuso de alcohol/drogas  Salud de comportamiento  Información Genética
- Agresión sexual  Abuso infantil  Discapacidades del desarrollo

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. A menos que lo permita la ley, mi rechazo a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, recibir pagos o la elegibilidad para recibir beneficios.

**Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si presento una notificación por escrito a la persona/organización que proporciona la información. Comprendo que la información que autorizo que la persona o entidad reciba, puede volverse a divulgar y ya no contar con la protección de las normas de privacidad federales.**

**Si no se especifica lo contrario, esta autorización vencerá 90 días después a partir de la fecha de la firma.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

