

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN

Nombre del paciente en letra de molde \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ por el presente autorizo a \_\_\_\_\_

Para revelar información (escrita/oral/electrónica) a:

- Northwestern Memorial Hospital  
Solid Organ Transplant Program (Programa de Trasplante de Órganos Sólidos)  
676 North Saint Clair, Suite 1900  
Chicago, Illinois 60611  
Teléfono: 312-695-0870  
Fax: 312-695-5998

### INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                           | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones | <input type="checkbox"/> Informes patológicos             | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos             |
| <input type="checkbox"/> Radiología                                 | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Expediente clínico/de la oficina | <input type="checkbox"/> Evaluaciones/pruebas psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Formulario de planificación de tratamiento | <input type="checkbox"/> Consultas               | <input type="checkbox"/> Evaluación integral              | <input type="checkbox"/> Diapositivas                      |
- Resumen de registros (Historial y notas sobre salud física, avance, informes de laboratorio, radiología, de operaciones, patología, consulta y otras pruebas de diagnóstico)
- Otra (Especifique) \_\_\_\_\_

En relación con la atención del paciente anterior entre el \_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_

Esta información debe incluir información confidencial, como salud mental, abuso de sustancias o VIH/SIDA, a menos que la opción esté marcada a continuación.

- Salud mental       Abuso de sustancias       VIH/SIDA       Otro \_\_\_\_\_

Estos registros se obtienen con el objeto de

- Continuar la atención       Otro

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar la información revelada y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, salvo que dichos registros ya se hayan divulgado. Si no se realizara una revocación por escrito de este consentimiento, esta autorización vencerá automáticamente dentro de seis (6) meses a menos que dicha fecha de vencimiento se modifique.

Firma: Paciente o Representante del paciente legalmente autorizado

Fecha de la firma

Relación con el paciente

Firma del testigo

Fecha de la firma

*Las Normas de privacidad de información médica de identificación individual, 45 CFR Partes 160 y 164, establecen que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a que el receptor la vuelva a divulgar.*

*Las Reglas federales de confidencialidad, 42 CFR, Parte 2, prohíben realizar otras divulgaciones de información de drogas y alcohol a menos que la persona a quien pertenece lo permita expresamente mediante consentimiento por escrito o lo permita de otro modo la parte 2 de 42 CFR.*

*Una autorización general para revelar información médica o de otro tipo NO restringe el uso de la información para investigar penalmente o procesar a un paciente que abusa del alcohol o las drogas. [52 FR 21809, 9 de junio de 1987; 52 FR41997, 2 de noviembre de 1987]. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se puede condicionar a la obtención de esta autorización*