

**Thorek**

850 W. Irving Park Road Chicago IL 60613-3098. Tel 773-975-6813, Fax 773-975-3228

**AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN  
MÉDICA PRIVILEGIADA O PARA REVISAR INFORMES MÉDICOS**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(mes / día / año)

Descripción de información que se puede entregar: Fecha(s) de tratamiento:  
\_\_\_\_ PACIENTE INTERNADO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ PACIENTE EXTERNO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ SALA DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ CLÍNICA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ CIRUGÍA AMBULATORIA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ RADIOLOGÍA AMBULATORIA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al Thorek Memorial Hospital para que  ENTREGUE A:  OBTENGA DE:  
Persona / Instalación \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Autorizo a Thorek Memorial Hospital para que entregue información confidencial como se indica:

- SIDA / VIH  Asalto sexual  Salud mental
- Abuso de drogas o alcohol  Maltrato de menores  Incapacidades del desarrollo

Se utilizará esta información para el fin como se indica:

- Continuidad de tratamiento  Particular  Legal  Otro: \_\_\_\_\_

He sido informado que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusar firmar esta autorización. A menos que la ley lo permita, el hecho de que yo rehusé firmarla no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, recibir pago, o a tener derecho a beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al departamento de HIM por escrito. Sin embargo la revocación no tendrá efecto si (a) Se hayan tomado medidas a base de esta autorización; o (b) Si la autorización se haya obtenido como condición para obtener cobertura de seguro de salud, otra ley le da a la aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo la póliza o la póliza misma.

He sido informado que la información que he autorizado para ser entregada a alguna persona o entidad puede a su vez ser difundida de nuevo y puede, por consiguiente, no estar sujeta a reglamentos federales de privacidad.

Esta autorización terminará: \_\_\_\_\_  
(Fecha, evento o condición cuando la autorización termina)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante debidamente autorizado por el paciente Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo Fecha de la firma