

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo y solicito que: Howard Brown Health, Departamento de Historias Clínicas  
 6500 N Clark St., Chicago, IL 60626  
 872-268-5900 (fax)/773-388-8667 (teléfono)

- Me revele información \_\_\_\_\_
- Revele información A \_\_\_\_\_ reciba información DE \_\_\_\_\_ intercambie información con: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Condiciones o límites para la divulgación (opcional): \_\_\_\_\_

Solicito la divulgación de la siguiente información (COLOQUE SUS INICIALES EN TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):\*

_____ LLENAR LA HISTORIA CLÍNICA	_____ Radiografías	_____ Informes/pruebas de laboratorio
_____ Resumen de alta	_____ Radiología	_____ Notas/informes de Administración de Casos
_____ Antecedentes médicos y exámenes físicos	_____ ECG/EEG	_____ Resultados de prueba de COVID-19/cartas del empleador
_____ Informes médicos/de consulta	_____ Notas de avance	_____ Otra: _____

**La divulgación de información sobre ciertas condiciones/tratamientos requiere mi autorización específica. SIN ESTA AUTORIZACIÓN, ESTA INFORMACIÓN NO SE DIVULGARÁ. Autorizo la divulgación de la información relacionada con lo siguiente (COLOQUE SUS INICIALES EN TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):**

_____ Salud mental/del comportamiento	_____ Enfermedades de transmisión sexual
_____ Discapacidad del desarrollo	_____ VIH/SIDA
_____ Abuso de alcohol/sustancias	_____ Pruebas de ADN/enfermedades genéticas
_____ Violencia doméstica/agresión sexual	_____ CUALQUIERA Y TODAS LAS CONDICIONES/TRATAMIENTOS

MENCIONADOS ANTERIORMENTE

Propósito de la divulgación: \_\_\_\_\_ Fecha/rango de la información solicitada (si corresponde): \_\_\_\_\_

PARA BRINDAR INFORMACIÓN POR MENSAJE DE TEXTO, CORREO DE VOZ/MÁQUINA CONTESTADORA O CORREO ELECTRÓNICO (únicamente al paciente):

Entiendo que el mensaje de texto, correo de voz o correo electrónico puede no ser seguro, y que Howard Brown Health no puede garantizar la privacidad o seguridad de mi número de teléfono, dirección de correo electrónico o dispositivo(s) relacionado(s). Entiendo este riesgo, doy mi consentimiento y autorizo brindar la información anterior que se me solicitó de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

- \_\_\_\_\_ por mensaje de texto al número de teléfono que se indica anteriormente
- \_\_\_\_\_ dejando un correo de voz o mensaje de voz al número de teléfono que se indica anteriormente
- \_\_\_\_\_ enviando un correo electrónico a la dirección de correo electrónico que se indica anteriormente

Esta autorización es válida por un año o hasta el (seleccione una fecha que no pase de los 12 meses a partir de la fecha en que firma): \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA Y QUE PUEDO REVOCARLA EN CUALQUIER MOMENTO ESCRIBIENDO A LA DIRECCIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE. CUALQUIER REVOCACIÓN NO SE APLICA A LOS REGISTROS YA PUBLICADOS EN BUENA FE DE CONFORMIDAD CON LA AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE. ENTIENDO QUE CUANDO LA INFORMACIÓN SE USE O DIVULGUE DE ACUERDO CON ESTA AUTORIZACIÓN, ESTA PUEDE VOLVER A SER DIVULGADA POR PARTE DEL DESTINATARIO Y PUEDE QUE YA NO SEA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGA DE CONFORMIDAD CON ESTA AUTORIZACIÓN. ENTIENDO QUE EL PROVEEDOR MÉDICO A QUIEN SE BRINDA ESTA AUTORIZACIÓN NO PUEDE CONDICIONAR EL TRATAMIENTO A BRINDARME A SI FIRMO O NO LA AUTORIZACIÓN, PERO SE ME HA EXPLICADO QUE SI ME NIEGO A AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN, LAS CONSECUENCIAS PODRÍAN SER LAS SIGUIENTES: MIS PROVEEDORES NO PODRÍAN COORDINAR MI ATENCIÓN; NO PODRÍA SOLICITAR ESTE PROGRAMA O LOS REGISTROS SOLICITADOS NO PODRÍAN SER PUBLICADOS. CUALQUIER COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERARÁ TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que autoriza la divulgación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (opcional)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTA:** Esta autorización se debe llenar y firmar para que sea válida. Si la firma de autorización es de una persona que no es la persona que recibe atención, indique el criterio de la autorización y econsentimiento: \_\_\_\_\_



## Patient Medical Record Copy Fee Notice 2019

Dear Patient,

Howard Brown Health has contracted Midwest ROI, Inc. to process valid requests for copies of medical records. You must complete a **Release of Information Form** when requesting your medical records (**See page 2**). Requests for copies of medical records are subject to reproduction fees in accordance with federal/state regulations. You are hereby notified in advance of said fees and by submitting this request you are accepting these fees and authorizing the provider/Midwest ROI to process your request for records. An invoice will be sent to you once your request has been processed.

HITECH/Patient Access Requests - If a **patient** is requesting their own records for **personal reasons (any request initiated by the patient or their personal representative)**, the patient will be charged. The fees are as follows:

Records Fees for Electronic or Paper Delivery
Fees may include: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-50 pages Free</li> <li>• 51 pages or more \$20</li> <li>• \$1.50 per CD if applicable.</li> <li>• Plus postage if applicable.</li> </ul>

The above fees are for patient access requests only and all other requests will be subject to the state regulated fee schedule. Your completed request form should be given to your provider or faxed directly to Midwest ROI for processing.

**Fax Completed Request Form To: (773) 249-1241**  
**Email To: [customerservice@midwestroi.com](mailto:customerservice@midwestroi.com)**

While Midwest ROI is under contract with this facility to provide release of information services we are also committed to providing you with your requested medical records in an efficient and highly secure manner and want to make sure you understand the process in which your records are provided and the costs associated with obtaining them.

Our standard processing time to respond to your request is 7-10 business days. Please don't hesitate to contact us at (312) 243-9828 if you have any questions about the service Midwest ROI provides on behalf of the provider or the bill you may receive as a result of your request for medical records.

Thank You,  
 Midwest ROI

---

Fees should be remitted to Midwest ROI as directed on the invoice you receive. Checks should be made payable to Midwest ROI. You can also make a payment with a credit cards online at <http://www.midwestroi.com/online-payments> or by calling Midwest ROI at (312) 243-9828.

