



**OAK
STREET
HEALTH**

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

POR FAVOR, ESCRIBA CLARAMENTE

o a otro proveedor de cuidado de la salud, que me hayan proporcionado pagos, tratamientos o servicios a mí o en mi nombre.

A DIVULGAR INFORMACIÓN DE MIS REGISTROS MÉDICOS Y DATOS DE RECLAMACIONES Y A ENVIARLOS A:

Oak Street Health –

phone:
fax:

Oak Street Health – Medical Records

1520 Kensington Rd Suite 310
Oak Brook, IL 60523
phone:
fax: 773-437-6797

Además, autorizo el uso de mis registros médicos del programa Medicare Blue Button, los cuales abarcan todos los registros incluyendo datos de reclamación, servicios preventivos, reclamaciones médicas pasadas, reclamaciones pasadas de medicamentos con receta, información precedente del paciente, drogas, contactos de emergencia, historial familiar médico, farmacias, planes, proveedores, información de salud auto-reportada. Este formulario documenta mi provisión de estos registros médicos y autorización de uso a OSH.

Doy mi autorización para liberar mi registro médico a los médicos mencionados anteriormente sujeta a si se cumple alguna de las siguientes restricciones:

- SIN LIMITACIONES** - Incluyendo VIH/Abuso de sustancias/Salud o bienestar mental
- LIMITACIONES:** Marque toda la información relacionada que usted NO quiere que sea liberada:
 - VIH/SIDA
 - BIENESTAR MENTAL (ABUSO DE SUSTANCIAS/SALUD MENTAL)

REGISTROS ESPECÍFICOS: LABORATORIOS INFORME OPERATIVO OTRO

Propósito o necesidad de la información:

- ATENCIÓN MÉDICA ADICIONAL USO PERSONAL DISCAPACIDAD
- OTROS (especifique por favor) _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito entregándola en cualquier momento a Oak Street Health, salvo en la medida en que ya se haya tomado acción en relación con esta autorización, esta autorización fue obtenida como condición para obtener cobertura de seguro o una póliza de seguro, u otra ley que le dé a la aseguradora el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza. Si esta autorización no ha sido revocada, terminará al finalizar la relación entre el paciente y Oak Street Health.

Entiendo que Oak Street no condicionará el tratamiento o la elegibilidad de la atención médica a la entrega por mi parte de esta autorización, excepto si esta atención está relacionada con una investigación o se proporciona únicamente con el propósito de crear información médica protegida para la divulgación a un tercero.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud) [Código 45 de Regulaciones Federales, Parte 164], y la Ley del Derecho a la Privacidad de 1974 [Código 5 de los Estados Unidos (U.S.C.) 552a].

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____