



2611 West Chicago Avenue
Chicago, Illinois 60622
Phone Number: (773) 395-9900
Fax Number: (773) 395-9902

POZWOLENIE NA WYDANIE CHRONIONYCH INFORMACJI MEDYCZNYCH
(AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Ja (I) _____
Nazwisko (Last Name) Imię (First Name) Inicjał (Initial)

Data Urodzenia (Date of Birth): _____

Zezwalam poniżej wymienionej instytucji lub osobie na wydanie do CommunityHealth:
(Hereby authorize the institution or person listed below to release to CommunityHealth)

Nazwa i adres instytucji lub osoby (Name and address)

Następujących informacji: (The following information:)

Opis zwolnienia ze szpitala (Discharge summary)	Historia wizyt na pogotowiu (Emergency Room records)
Historia i Badanie Fizyczne (History & Physical)	Sprawozdanie Laboratoryjne (Laboratory report)
Raport Operacyjny (Operative report)	EKG/EEG (EKG/EFG)
Notatki lekarskie (Progress notes)	Prześwietlenia (Imaging)
Sprawozdanie Patologiczne (Pathology report)	Inne (Other): _____

Data leczenia, jeśli dostępna (Date[s] of treatment, if known): _____

Pozwolenie na wydanie poufnych informacji medycznych
(Authorization to Release Sensitive Protected Health Information)

You must mark "YES" or "NO" below if you authorize the release of the following information in addition to the information requested above:

- Human Immunodeficiency Virus (HIV) or HIV/Acquired Immune Deficiency Syndrome
- Sexually transmitted or "communicable" diseases (includes hepatitis, as well as venereal diseases)
- Drug, alcohol or substance abuse
- Mental health or developmental disabilities (including mental retardation or similar disabilities, for example, those attributable to cerebral palsy, autism or neurological dysfunctions)
- Genetic testing

YES

NO

This authorization is valid for one year. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time, but not retroactive to the release of information made in good faith.

Musisz zaznaczyć "TAK" lub "NIE", poniżej jeśli zezwalasz na wydanie następujących informacji w połączeniu z powyższymi informacjami.

- Wirus ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub HIV/AIDS (Syndrom nabytego niedoboru odporności)
- Choroby przenoszone drogą płciową (np. żółtaczką, oraz choroby weneryczne)
- Nadużycie alkoholu, narkotyków, lub innych substancji
- Zdrowie psychiczne lub upośledzenie rozwojowe (wkluczając opóźnienie rozwoju umysłowego lub podobne upośledzenia, jak na przykład, te, które przyczyniają się do porażenia mózgowego, autyzmu lub neurologicznych zaburzeń).
- Testy genetyczne

TAK

NIE

Owe zezwolenie jest ważne przez rok. Rozumiem, że mogę odwołać pisemnie owe upoważnienie w dowolnym momencie, ale nie na wstecz.

Podpis (Signature)

Podpis pracownika przychodni (Witness)

Data (Date)