



CommunityHealth
2611 West Chicago Avenue
Chicago, Illinois 60622
(773) 395-9900

Pozwolenie na wydanie chronionych informacji medycznych
Authorization TO Release Protected Health Information

Ja, / I _____
Nazwisko/ LastName _____ Imie/First Name _____ Inicial/Initial _____
Data urodzenia/Date of Birth: _____ Adres/Address: _____
Telefon #/ Phone #: _____ Chart # / Numero de expediente: _____

Zezwalam Community Health na wydanie wszystkich rekordów medycznych dotyczących mojej osoby, na zadanie lekarza, kliniki, szpitala lub innych wymienionych poniżej. / Hereby Authorizes Community Health to release any and all medical records on file to the provider, clinic, hospital, or other listed below:

Nazwa instytucji medycznej i adres/ Health Care Facility Name and Address

_____ Opis zwolnienia ze szpitala Discharge summary	_____ Historia wizyt na Pogotowiu Emergency Room Records
_____ Historia i Badanie Fizyczne History and Physical	_____ Sprawozdanie Laboratoryjne Laboratory Report
_____ Raport Operacyjny Operative Report	_____ EKG/EEG EKG/EFG
_____ Notatki lekarskie Progress Notes	_____ Prześwietlenia X-Rays
_____ Sprawozdanie Patologiczne Pathology Report	_____ Inne (proszę wskazać poniżej) Other

Pozwolenie na wydanie poufnych informacji medycznych
Authorization TO Release for 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/Syndrom nabytego niedoboru odporności.
- Choroby przenoszone drogą płciową (wirusowe zapalenie wątroby, 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**

To zezwolenie ważne jest przez rok. Rozumiem, że mogę odwołać pisemnie owe upoważnienie w dowolnym momencie.

Podpis/Signature Świadek/Witness Data/Date