

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

INSTRUCCIONES: Complete toda esta Autorización. Se le cobrarán las copias de los expedientes médicos según los límites establecidos por la ley, a menos que la solicitud sea para continuar la atención y los expedientes médicos se divulguen directamente a otros proveedor de atención médica por el Sistema de Hospitales y Ciencias de la Salud de la Universidad de Illinois (University of Illinois Hospital & Health Sciences System). Dirija las preguntas sobre este formulario al Departamento de Administración de Información de la Salud (Health Information Management, HIM): 833 South Wood Street, Suite B-52, Chicago, IL 60612; Teléfono: 312-996-3350; Fax 312-413-2822.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

LA INFORMACIÓN MÉDICA SE DIVULGARÁ A:

Individuo/Organización: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código postal: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

LA INFORMACIÓN MÉDICA FUE SOLICITADA POR:

Individuo/Organización: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código postal: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- Médico/Organización para la continuación de la atención
 Uso personal
 Lega l
 Otro (especificar): _____

MÉTODO DE ENTREGA:

- Por Correo postal de EE. UU.
 El paciente lo recoge o _____ (Especificar individuo). Es necesaria una identificación con fotografía para recoger los expedientes.
 En el Departamento de HIM Otro lugar (especificar): _____
 Por entrega electrónica segura a través de un portal de Internet de un tercero
 Dirección de correo electrónico: _____ (Excluye imágenes de radiología)

INFORMACIÓN SOLICITADA:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solo resumen (historia y examen físico más reciente, resumen de alta, informes operativos, informes de patología, informes de consultas, notas clínicas, informes de radiología, informes de laboratorio) <input type="checkbox"/> Todo el expediente médico <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ | <input type="checkbox"/> Hospitalización Fechas: _____ <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias Fechas: _____ <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio/Clínica Fechas: _____ <input type="checkbox"/> Informes de radiología Fechas: _____ <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (CD o película) Fechas: _____ |
|---|--|

INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE QUE SE DIVULGARÁ (se requieren las iniciales del paciente o representante del paciente y la fecha en cada punto): Comprendo que los expedientes solicitados antes pueden contener información médica sensible que requiera mi consentimiento específico para ser divulgada. Específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información médica sensible:

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Salud mental/Discapacidades del desarrollo | Iniciales _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Uso de alcohol y drogas | Iniciales _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | Iniciales _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluación genética | Iniciales _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Salud Reproductiva | Iniciales _____ | Fecha _____ |



LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

- Comprendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. La consecuencia inmediata de mi rechazo será que el Sistema de Hospitales y Ciencias de la Salud de la Universidad de Illinois no recibirá ni divulgará la información médica que aparece antes en esta autorización. Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que yo firme esta autorización
- Comprendo que puedo revocar esta autorización, en cualquier momento, al notificar al Departamento de HIM por escrito a la dirección que aparece arriba. Comprendo que mi revocación estará vigente solo a partir del momento en que el Departamento de HIM la reciba. Comprendo que mi decisión posterior de revocar esta autorización no afectará ninguna acción, uso o divulgación en virtud de esta autorización, que no puede revertirse.
- Comprendo que tengo derecho a inspeccionar y/o recibir una copia de la información médica que se indicó antes y también a recibir una copia de este formulario de autorización.
- Comprendo que la información médica divulgada a través de esta autorización ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad de la información de la salud. También comprendo que la información médica sensible (identificada arriba) divulgada a través de esta autorización puede requerir mi autorización adicional para poder ser divulgada.
- Comprendo que esta autorización finalizará noventa (90) días después de la fecha de mi firma y no podrá ser divulgada después de esta fecha.

PACIENTES MENORES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD:

Tenga en cuenta que la siguiente información médica de un paciente de 12 a 17 años de edad (paciente menor) está restringida como se indica a continuación: **Uso de alcohol y drogas, VIH/SIDA, control de la natalidad/enfermedades de transmisión sexual, además de cualquier información médica generada como resultado del consentimiento legalmente autorizado independiente del paciente menor para consentir tratamiento, requiere la firma del paciente menor para ser divulgada.**

La información sobre salud mental o discapacidades del desarrollo está disponible después de que un testigo haya presenciado la firma del paciente menor o la firma del padre, madre o tutor del paciente menor, siempre que el paciente menor haya sido informado y no se oponga a la divulgación. De lo contrario, la ley de Illinois solo permite que haya poca información de salud mental o discapacidades del desarrollo disponible para los padres o tutor del paciente menor.

FIRMAS:

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha/Hora

Si firma otra persona que no sea el paciente: nombre del representante del paciente
EN LETRA DE IMPRENTA

Teléfono

Si firma otra persona que no sea el paciente, indicar la relación del representante con el paciente y/o la autoridad del representante para solicitar información a nombre del paciente (por ej., padre, tutor legal, sustituto para tomar decisiones médicas identificado, poder notarial de atención médica, etc.)

TESTIGO: tenga en cuenta que se requiere la firma de un testigo que pueda dar fe de la identidad de un firmante autorizado para divulgar cualquier información de salud mental o de discapacidades del desarrollo o para revocar autorizaciones previas, independientemente de la edad del paciente. El testigo no puede ser la misma persona que el firmante autorizado.

Firma del testigo

Fecha/Hora

Nombre del testigo **EN LETRA DE IMPRENTA**

Número de teléfono