Ann & Robert H. Lurie
Children's Hospital of Chicago™
Health Information Management
225 E. Chicago Ave, Box 11
Chicago, IL 60611

5519

Medical Record No.
Patient Name
Birthdate
Physician
Please align patient label to the right

Minor Unaccompanied by Non-Guardian (*Menor no acompañado por una persona que no sea su tutor legal)*

Minor Unaccompanied Non-Guardian (MANG)

Authorization for Release of Patient Health Information During a Visit

The purposes of this form are to: (1) identify an individual you are permitting to bring your child for visits to Children's Hospital of Chicago Medical Center and its affiliates (Lurie Children's) and (2) to authorize the disclosure of the patient's protected health information to that individual during visit(s). This form will be valid unless otherwise revoked.

One form must be completed <u>for each child and each non-legal guardian</u> who will bring your child for visits.

Menor no acompañado por una persona que no sea su tutor legal (MANG, por sus siglas en inglés)

Autorización para la divulgación de la información médica del paciente durante una consulta

Los propósitos de este formulario son los siguientes: (1) identificar a una persona a la que usted autoriza para traer a su hijo/a a las citas en el Children's Hospital of Chicago Medical Center y sus afiliados (Lurie Children's) y (2) autorizar la divulgación de la información de salud protegida del paciente a esa persona durante la(s) consulta(s). Este formulario permanecerá vigente a menos que sea revocado de otro modo.

Se debe completar un formulario por <u>cada menor y por cada acompañante sin tutela legal</u> que lleve a su hijo/a a las citas.

Section 1: Patient Information (*Información del/de la paciente*):

Patient Name (*Nombre del/de la paciente*): _____

Patient Date of Birth (*Fecha de nacimiento del/de la paciente*): _____

Section 2: I authorize the protected health information to be released as follows:

(***Autorizo la divulgación de la información de salud protegida de la siguiente manera)***

To be released from (*Para ser divulgada por parte de*): **Lurie Children's**

To be released to (A ser divulgada a): _____
(Name of individual non-legal guardian who will accompany your child for visits to Lurie Children's)
(*Nombre de la persona sin tutela legal que acompañará a su hijo/a a las citas en Lurie Children's*)

Relationship to Child (*Parentesco con el/la menor*): _____

Please note that you are authorizing information to be shared only when the above-named individual accompanies the patient to a medical appointment at Lurie Children's.

Tenga en cuenta que al firmar este formulario, usted autoriza que la información se divulgue únicamente cuando la persona antes mencionada acompañe al paciente a una cita médica en Lurie Children's.

Section 3. Purpose: The purpose of this disclosure is receiving information directly relevant to such individuals' presence at my child's appointment including potentially sensitive health information such as Mental Health, HIV/AIDS, Drug and Alcohol, Sexually Transmitted Disease, Pregnancy and Birth Control.

Sección 3. Propósito El propósito de esta divulgación es recibir información directamente relevante en presencia de dichas personas en la cita de mi hijo/a, incluyendo información de salud potencialmente sensible como salud mental, VIH/SIDA, consumo de drogas y alcohol, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y métodos anticonceptivos.

Form #:7268 Revision: 11/25 HIM Approval: 6/13

Ann & Robert H. Lurie
Children's Hospital of Chicago™
Health Information Management
225 E. Chicago Ave, Box 11
Chicago, IL 60611

5519

Medical Record No.
Patient Name
Birthdate
Physician
Please align patient label to the right

Minor Unaccompanied by Non-Guardian (*Menor no acompañado por una persona que no sea su tutor legal)*

Section 4. I understand and agree with the following:

I am authorizing the release of information from the date of signature forward, unless revoked per the process listed below. This authorization covers only the visits for which this individual is accompanying my child. I remain the child's legal guardian and will do my best to be available by telephone call during the appointment to discuss medical treatment and any additional consent.

I understand that authorizing the use or disclosure of the information identified above is voluntary. I need not sign this form to ensure healthcare treatment.

- Once the organization or person authorized to receive this information has received it, the information may be re-released by that organization or person. If this is the case, the information may no longer be protected by federal privacy laws; however, Illinois law does not allow the re-release of AIDS/HIV, genetic testing, mental health and developmental disabilities information by the receivers of the information except in precise situations allowed by law. Also, the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act, the Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records Act and the Federal Confidentiality Rules, 42 C.F.R. Part 2, prohibit making any further disclosure of substance use disorder information unless further disclosure of this information is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by the regulation. All disclosures of substance use disorder treatment information are accompanied by a "*Notice to Individuals Receiving Alcohol, Drug Abuse and/or Mental Health Information,"* included below.

Sección 4. Entiendo y acepto lo siguiente:

Autorizo la divulgación de información a partir de la fecha de mi firma, salvo revocación según el procedimiento que se detalla a continuación. Esta autorización cubre únicamente las consultas en las que esta persona acompañe a mi hijo/a. Sigo siendo el/la tutor(a) legal del/de la menor y haré todo lo posible por estar disponible por teléfono durante la consulta para conversar sobre el tratamiento médico y cualquier consentimiento adicional.

Comprendo que la autorización para el uso o la divulgación de la información anteriormente identificada es voluntaria. No necesito firmar este formulario para garantizar tratamiento médico

.

- *Una vez que la organización o persona autorizada a recibir esta información la haya recibido, la información podría volver a divulgarse por dicha organización o persona. Si ese es el caso, la información podría ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad. Sin embargo, la ley de Illinois no permite que las personas que recibieron esta información divulguen a su vez la información sobre SIDA/VIH, pruebas genéticas, discapacidades de salud mental o del desarrollo, salvo en situaciones precisas en las que lo permite la ley. Asimismo, la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act), la Ley de Confidencialidad de Expedientes respecto al Abuso de Alcohol y Drogas (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records Act information) y las Reglas Federales sobre la Confidencialidad 42 C.F.R. Parte 2 (Federal Confidentiality Rules, 42 C.F.R. Part 2) prohíben, a su vez, una mayor divulgación de la información de trastornos por uso de sustancias, a menos que la divulgación de esta información esté expresamente permitida bajo un consentimiento por escrito de la persona a la que le concierne o a aquellas autorizadas por la ley. Todas las divulgaciones de la información de tratamientos por trastornos por uso de sustancias se acompañarán del "Aviso para las personas que reciben información sobre el abuso del alcohol, el abuso de drogas y/o sobre la salud mental" (Notice to Individuals Receiving Alcohol, Drug Abuse and/or Mental Health Information), que se incluye a continuación.*

Ann & Robert H. Lurie
Children's Hospital of Chicago™
Health Information Management
225 E. Chicago Ave, Box 11
Chicago, IL 60611

5519

Medical Record No.
Patient Name
Birthdate
Physician
Please align patient label to the right

Minor Unaccompanied by Non-Guardian (*Menor no acompañado por una persona que no sea su tutor legal)*

I understand that I have the right to revoke (take back) this authorization at any time. I understand that if I wish to revoke this authorization, I must contact Lurie Children's Health Information Management Department at ROI@luriechildrens.org or 312-227-5220. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.

Comprendo que tengo el derecho de revocar (retirar) la presente autorización en cualquier momento. Comprendo que si deseo revocar esta autorización, debo comunicarme con el departamento de la Gestión de la Información Médica (Health Information Management) de Lurie Children's escribiendo a ROI@luriechildrens.org o llamando al 312-227-5220. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro médico cuando la ley le extienda el derecho a impugnar alguna denuncia en mi póliza.

Printed Name of Legal Guardian (*Nombre en letra de la persona con tutela legal*):_____

Relationship (*Parentesco*):_____

_____ _____
Signature of Legal Guardian (*Firma de la persona con tutela legal*) **Date** (*Fecha*)

_____ _____
Signature of Patient 12 or over (*Firma del/de la paciente de 12 años o más*) **Date** (*Fecha*)

Certain types of highly sensitive information require a consent from adolescent patients aged 12-17 years old. Please have your teen (12-17) sign this form as well.

Ciertos tipos de información altamente sensible requieren el consentimiento de los pacientes adolescentes de entre 12 y 17 años. Pídale a su hijo/a adolescente (de 12 a 17 años) que firme también este formulario.

Notice to Individuals Receiving Substance Use (Alcohol, Drug Abuse) and/or Mental Health Information:
The confidentiality of alcohol and drug abuse patient records and/or mental health records disclosed to you pursuant to this authorization is protected by Federal law and regulations and by the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act. Generally, you may not further disclose the identity of the patient, or any information identifying the patient as an alcohol or drug abuser, or recipient of mental health services, unless: (a) the patient consents in writing; (b) the disclosure is allowed by a court order; or (c) the disclosure is made to medical personnel in an emergency care situation or to qualified personnel for research, audit, or program evaluation purposes. Violation of Federal laws or regulations is a crime.

Aviso para las personas que reciben información sobre el consumo de sustancias (abuso de alcohol o drogas) y/o sobre la salud mental:
La confidencialidad de los expedientes de pacientes sobre el abuso del alcohol y las drogas, y sobre la salud mental, que se le divulgan a usted conforme a esta autorización, está protegida por la ley y normas federales, así como por la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act). En general, usted no puede volver a divulgar la identidad del paciente, o cualquier información que identifique al paciente como alguien que abusa del alcohol o de las drogas, o como beneficiario de servicios de salud mental, a menos que: (a) el paciente lo consienta por escrito; (b) la divulgación esté permitida por mandato judicial; o (c) la divulgación se haga al personal médico en una situación de atención médica de urgencia o al personal calificado para propósitos de una investigación clínica, una auditoría o un programa de evaluación. La violación de las leyes o normas federales es un delito.

Form #:7268 Revision: 11/25 HIM Approval: 6/13