



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN/REVOCACIÓN**

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago ("Lurie Children's")

Nombre del/de la paciente                      Apellido                      Primer nombre                      Segundo nombre

Dirección residencial del/de la paciente

Fecha de nacimiento del/de la paciente                      Teléfono residencial

Tutor(a) legal                      Apellido                      Primer nombre                      Segundo nombre

Si tiene preguntas respecto a las preferencias de autorización o revocación, puede comunicarse con el Departamento de Administración de la Información de la Salud (HIM, Health Information Management) en Lurie Children's, 225 E. Chicago Ave, Box 11, Chicago, IL 60611; TEL (312) 227-5220; FAX (312) 227-9733.

**1. Elija una opción:**

- REVOCACIÓN:** Al firmar este formulario, revoco (retiro) mi autorización para divulgar la información que le proporcioné a Lurie Children's, y que le permitía a Lurie Children's usar y compartir mi información de salud protegida, tal y como lo indico a continuación. Entiendo que la revocación no aplica a ninguna acción que Lurie Children's haya emprendido en relación a la autorización que firmé con anterioridad. Esta revocación no revoca todas y cada una de las previas autorizaciones para divulgar información que yo le haya otorgado a Lurie Children's.
- AUTORIZACIÓN:** Al firmar este formulario, le otorgo permiso a Lurie Children's para usar y compartir mi información de salud protegida según se indica a continuación.

**2. Marque todas las opciones que correspondan:**

*Según se describe en el formulario del Consentimiento para recibir atención y servicios:*

- para propósitos de mercadeo de Lurie Children's
- para propósitos de recaudación de fondos de Lurie Children's
- para propósitos de investigaciones de Lurie Children's
- para compartir información para mi tratamiento a través de EpicCare® Everywhere
- para compartir información para mi tratamiento a través de CarEquality
- para compartir información para mi tratamiento a través de EpicCare Link
- para el Registro de Vacunación de Illinois ("Registro").

- Si revoca la autorización: Entiendo que si revoco la autorización, Lurie Children's notificará al estado de Illinois para que no comparta información sobre este paciente en el Registro. El Registro conservará la información demográfica básica necesaria para identificar que el o la paciente ha elegido revocar su autorización del Registro. Dicha información es necesaria para permitirle al Registro filtrar y rechazar la entrada de la información de vacunación para dicho paciente. Los expedientes de vacunación previos permanecerán en el registro, pero no se compartirán después de que usted haya revocado la autorización. Lurie Children's mantendrá el formulario de revocación completado en el expediente. No se añadirá al Registro información sobre vacunaciones, a menos que el o la paciente/padre o madre/tutor legal desee renovar su autorización para participar en el Registro. La decisión se puede tomar en cualquier momento. Entiendo que, al revocar la autorización, los expedientes de vacunación del paciente no estarán disponibles en el Registro para los profesionales médicos autorizados.
- Si renueva la autorización: Si previamente revocó la participación en el Registro. Al firmar este formulario, deseo que el paciente vuelva a participar en el Registro. Lurie Children's mantendrá el formulario de autorización completado en el expediente del paciente. Entiendo que Lurie Children's notificará al estado de Illinois para compartir toda la información sobre este paciente en el Registro. Entiendo que los expedientes de vacunación del paciente estarán disponibles en el Registro para los profesionales médicos autorizados. Comprendo que tengo el derecho de cambiar de decisión en cualquier momento.

**3. Firme aquí debajo:**

Todas las firmas se deben proporcionar a fin de que el formulario sea válido:

<b>Firma de paciente de 12 años en adelante</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>
<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>
Parentesco (seleccione una) <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor(a) legal <input type="checkbox"/> Representante legal		
<b>Firma de testigo o empleado(a)</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>
<b>Firma/Nombre de intérprete, si aplica al caso</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>

PARA USO INTERNO DE LURIE CHILDREN'S: Forward executed form to HIM at:  
[ROI@luriechildrens.org](mailto:ROI@luriechildrens.org)

AL FIRMAR LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO, DECLARO QUE HE RECIBIDO LA INFORMACIÓN AQUÍ DESCRITA.