



**Autorización para la divulgación de la información médica del paciente**

**Información del/de la paciente:**

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del/de la paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Por medio de la presente autorizo que las siguientes personas intercambien la información médica confidencial del paciente cuyo nombre aparece arriba:**

<b>De/Para:</b> Persona / Institución _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado / Código Postal _____ Teléfono No. _____	<b>De/Para:</b> Persona / Institución _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado / Código Postal _____ Teléfono No. _____
---	---

**Autorizo la divulgación de la información correspondiente al/a los periodo(s) de:**

Fecha(s) \_\_\_\_\_ Hasta la fecha(s) \_\_\_\_\_

**El tipo de información se usará o divulgará de la siguiente manera:**

<input type="checkbox"/> Síntesis (documentos que resumen el historial médico)	<input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y examen físico	<input type="checkbox"/> Resumen del informe de alta
<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Informes operativos	<input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico(s)
<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso	<input type="checkbox"/> Radiografías	<input type="checkbox"/> <b>Sólo verbal</b> ( <i>por favor especifique</i> )
<input type="checkbox"/> Otro tipo de información ( <i>especifique</i> ) _____		

**Las siguientes opciones, que son altamente confidenciales, se deben elegir a fin de que puedan ser incluidas en el uso o la divulgación de otro tipo de información médica.**

Información o expedientes médicos relacionados con pruebas genéticas     Información acerca del abuso y negligencia infantiles

**Los pacientes de 12 años o mayores DEBEN AUTORIZAR esta divulgación, marcando la casilla que aparece abajo y firmando el documento:**

Información o expedientes médicos relacionados con el VIH/SIDA  
 Información o expedientes médicos acerca de la salud mental o conductual (*debe haber un testigo presente y los pacientes de 12 años o mayores deben autorizarlo*)  
 Información acerca de enfermedades por transmisión sexual  
 Embarazo  
 Control de la natalidad (métodos anticonceptivos)  
 Diagnóstico de consumo de drogas o alcohol, tratamiento correspondiente y/o información sobre servicios referidos

**La información cuya divulgación autorizo se deberá utilizar para el siguiente propósito:**

Mi uso personal (**se cobrará una tarifa por las copias para el uso personal**)  
 Compartir con otros médicos/personal médico (**no habrá cargo alguno si los expedientes se envían directamente al médico – se debe proporcionar la dirección del destinatario**)  
 Otro tipo de información (*especifique*) \_\_\_\_\_

**Esta autorización se vence:**

Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_. De no especificarse lo contrario, esta autorización para la divulgación de datos se vencerá 30 días a partir de la fecha en que fue firmada.



**Autorización para la divulgación de la información médica del paciente**

Nombre del/de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

A menos que sea revocada, la presente autorización se vencerá 30 días después de haber sido firmada o 30 días después de la fecha anteriormente indicada. *En el caso de la información relacionada con la salud mental, la presente autorización se vencerá un año después de la fecha en la que haya sido firmada.*

Comprendo que la autorización para el uso o la divulgación de la información anteriormente identificada es voluntaria. No es necesario que yo firme este formulario a fin de recibir tratamiento médico, excepto cuando propósito de mi tratamiento sea la creación de información médica para su divulgación al destinatario identificado en la Autorización, en cuyo caso el Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago podría rehusarse a proporcionarme el tratamiento necesario en caso que me niegue a firmar la presente Autorización.

Comprendo que una vez que Lurie Children's divulgue mi información médica al destinatario, Lurie Children's no podrá garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información de la salud a terceros. Es posible que no se requiera que dichas terceras personas se apeguen a las cláusulas de esta Autorización o a las leyes federales o del estado de Illinois que rijan el uso y la divulgación de mi información médica.

Comprendo que tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento. Comprendo que de revocar la presente autorización, deberé hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Manejo de Información de Lurie Children's. 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.

Comprendo que Lurie Children's podrá, directa o indirectamente, recibir remuneración de terceros en conexión con el uso o divulgación de mi información médica.

Bajo disposición de la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act) o de la Ley de Confidencialidad de Expedientes respecto al Abuso de Alcohol y Drogas (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records Act information), no se podrá volver a divulgar la información a menos que la persona que haya autorizado dicha divulgación autorice específicamente que se divulgue de nuevo.

Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia de cualquier tipo de información acerca de la salud mental, el abuso de drogas y alcohol o los servicios de discapacidades del desarrollo que se divulguen según lo acordado en la presente Autorización.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y la divulgación de mi información médica. Por medio de la presente y con mi firma autorizo voluntariamente y a sabiendas que Lurie Children's use o divulgue mi información médica tal como se describió anteriormente.

Nombre en letra de molde del paciente o tutor legal:

Parentesco

Firma del paciente o tutor

Fecha

*(A fin de poder autorizar la divulgación de información relacionada con la salud mental, el VIH/SIDA, drogadicción y alcoholismo, enfermedades por transmisión sexual, embarazo y métodos anticonceptivos, los pacientes de 12 años de edad o más deben firmar para autorizar la divulgación de estos expedientes)*

Sólo para la divulgación información relacionada con la salud mental:

Firma del paciente de 12 años o más:

Fecha

Testigo

Fecha

*(Un testigo debe estar presente a fin de autorizarse la divulgación de la salud mental)*

Intérprete (si aplica al caso):

Fecha

Solo para el personal del Departamento de HIM de Lurie:

Firma del personal de Lurie Children's:

Fecha

*(El personal de Lurie Children's ha verificado la identificación del firmante y han asegurado que este es el representante legal que tiene derechos de acceso.)*