



NOTA: ESTA ES UNA TRADUCCIÓN DEL FORMULARIO EN INGLÉS Y ES SÓLO PARA SU REFERENCIA. SÍRVASE FIRMAR EL ORIGINAL EN INGLÉS.

Autorización para la divulgación de información médica del paciente

Sección 1. Información del paciente:

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

Sección 2: Autorizo la divulgación de información médica protegida de la siguiente manera:

A ser divulgada por:	A ser entregada a/intercambiada con:
Persona / Institución:	Persona / Institución:
Dirección	Dirección
Ciudad / Estado / Código Postal	Ciudad / Estado / Código Postal
Teléfono	Teléfono

Sección 3. Propósito: El propósito de esta divulgación es:

<input type="checkbox"/> Mi uso personal (se cobra una cuota por las copias para el uso personal) <input type="checkbox"/> Divulgación a otros profesionales médicos (no hay cargo alguno si se envía directamente al médico indicado anteriormente) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____

Sección 4. Formato: Seleccione un método de divulgación:

<input type="checkbox"/> Copia del expediente a ser enviada a la dirección postal indicada en el #2 <input type="checkbox"/> Copia del expediente a ser recogida en persona <input type="checkbox"/> Divulgación oral (por ejemplo, en una conversación telefónica) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Divulgación electrónica (seleccione a continuación): <input type="checkbox"/> MyChart (debe tener una cuenta ACTIVA de MyChart - mychart.luriechildrens.org) <input type="checkbox"/> Disco compacto (CD) <input type="checkbox"/> Memoria USB
---	---

Sección 5: Rango de fechas: Autorizo la divulgación de la información correspondiente al/a los periodo(s) de tratamiento:

Desde la fecha: _____	Hasta la fecha: _____
-----------------------	-----------------------

Sección 6. El tipo de información médica general que se usará o que se divulgará corresponde a lo siguiente (marque todas las opciones que correspondan):

<input type="checkbox"/> Copia del resumen (pruebas, resultados, reportes escritos) <input type="checkbox"/> Informes de consultas <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y examen físico <input type="checkbox"/> Historial de vacunación <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Resumen del informe de alta <input type="checkbox"/> Informes diagnósticos	<input type="checkbox"/> Información o expedientes relacionados con pruebas genéticas
--	---	---

Sección 7. Consentimiento especial: Ciertos tipos de información altamente sensible requieren instrucciones especiales de su parte, de manera que podamos divulgar dicha información. El consentimiento especial es requerido también en el caso de pacientes adolescentes entre las edades de 12 y 17 años. Los expedientes podrían ser revisados por el proveedor antes de su divulgación. Los proveedores tienen el derecho a denegar la divulgación de considerarlo apropiado y en cumplimiento con la ley. El tutor legal y los pacientes entre las edades de 12 a 17 años deben colocar sus iniciales en cada artículo a continuación para su divulgación, y firmar al final del formulario:

Iniciales del padre o tutor legal	Tipo de información	Iniciales de los pacientes entre 12 a 17 años
	Datos o expedientes médicos relacionados con el VIH/SIDA	
	Datos o expedientes médicos relacionados con enfermedades de transmisión sexual	
	Agresión o abuso sexual	
	Datos o expedientes médicos relacionados con métodos anticonceptivos	
	Datos o expedientes médicos relacionados con el embarazo	
	Negligencia o maltrato de menores	
	Datos o expedientes médicos relacionados con la salud mental o conductual	
	Datos o expedientes médicos relacionados con el uso de alcohol o drogas	
	Nota de comunicación confidencial	

Iniciales del tutor legal	Información relacionada con el tratamiento por uso de sustancias (42 CFR Parte 2)	Iniciales del paciente entre las edades de 12 y 17 años
	Evaluaciones de dependencia química	
	Evaluaciones del nivel de atención de salud conductual	
	Lista de medicamentos	
	Informes de análisis de laboratorio	
	Informes de patología	

Sección 8. Vencimiento

Esta autorización vencerá (inserte la fecha o el evento): _____.

Si no se especifica lo contrario, esta autorización vencerá a los seis meses de su firma.

Sección 9. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- 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 en el caso de que el 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 podrá rehusarse a proporcionarme tratamiento si no firmo la presente Autorización.
- Una vez que la organización o persona autorizada a recibir esta información la haya recibido, la información podrá volver a divulgarse por dicha organización o persona. Si ese fuera el caso, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Sin embargo, la ley de Illinois no permite que los destinatarios de esta información divulguen a su vez, información sobre el SIDA/VIH, pruebas genéticas, discapacidades de salud mental o del desarrollo, salvo en situaciones específicas 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 de Pacientes 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 la divulgación de información relativa al trastorno del 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 según lo permita la ley. Todas las divulgaciones de información relativa a tratamientos por trastornos de uso de sustancias van acompañadas del "Aviso para las personas que reciben información sobre el abuso de alcohol, drogas y/o sobre salud mental" (*Notice to Individuals Receiving Alcohol, Drug Abuse and/or Mental Health Information*), que se incluye a continuación.

- 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 Gestión de Información Médica (*Health Information Management*) de Lurie Children's para obtener instrucciones para hacerlo. Comprendo que la revocación no 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 cuando la ley le extienda el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza.
- Comprendo que Lurie Children's podría, directa o indirectamente, recibir remuneración de terceros en relación con el uso o la divulgación de mi información médica.
- Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia de cualquier tipo de información acerca de salud mental, abuso de drogas y alcohol o servicios de discapacidades del desarrollo que se divulguen conforme a 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 de forma consciente y voluntaria a que Lurie Children's use o divulgue mi información médica tal como se describió anteriormente.

Al firmar la versión en inglés de este formulario, declaro que he recibido la información aquí descrita.

Nombre en letra de molde del paciente de 18 años
o mayor, o de su tutor legal

Relación:

Firma del paciente de 18 años o mayor, o del tutor
legal

Fecha

Firma del paciente de 12 años o mayor

Fecha

Testigo

Fecha

(La divulgación de información de salud mental debe
ser presenciada por un testigo.)
(Cualquier persona que no sea el padre o la madre o
el paciente puede servir de testigo.)

Intérprete (si aplica al caso):

Fecha

Aviso para las personas que reciben información relativa al abuso de alcohol, abuso de drogas y/o sobre salud mental:
La confidencialidad de los expedientes de pacientes sobre el abuso de alcohol y drogas, y sobre la salud mental, que se le divulgan conforme a esta autorización, está protegida por las leyes y normas federales, así como por la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y las Discapacidades del Desarrollo de Illinois (*Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act*). En general, usted no puede 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 otorgue su consentimiento 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 emergencia o a personal calificado con propósitos de investigación clínica, auditoría o de evaluación de un programa. La violación de las leyes o normas federales es un crimen.

Firma del personal de Lurie Children's:	Fecha
(El personal de Lurie Children's ha verificado la identificación del firmante y se ha asegurado de que este sea el representante legal que tiene derechos de acceso.)	