



Holy Family Medical Center

100 N. River Road, Des Plaines, IL 60016

Phone: (847) 813-3441 Fax: (847) 297-8008

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES: Usted debe completar esta autorización para revelar su información médica, como se indica. Complete todas las secciones. Las secciones que NO estén completas podrían demorar la revelación de información médica.

SECCIÓN 1: Información del paciente

Nombre completo del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Fecha de nacimiento: Mes _____ día _____ año _____	
Dirección del paciente (calle/apartamento/suite):		Ciudad:	Estado: Código postal:
Número de teléfono:	Número de fax:	Número de Seguro Social (últimos 4) XXX-XX- _____	PARA USO ADMINISTRATIVO ÚNICAMENTE: Número de expediente médico/de consulta:

SECCIÓN 2: Revelación de información médica

Autorizo a _____ para Revelar Obtener Revelar y obtener
(Nombre de la institución)

Revelar a

Nombre de la institución/entidad/persona: _____

Calle/Apartamento/Suite:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:		Número de fax:	

Obtener de

Nombre de la institución/entidad/persona: _____

Calle/Apartamento/Suite:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:		Número de fax (solo para la atención directa del paciente):	

SECCIÓN 3: Propósito de la revelación

Asuntos legales Escuela Atención/tratamiento posterior Traslado/ubicación
 Seguro Uso personal Otro (especifique) _____

SECCIÓN 4: Formato solicitado

Papel Medios electrónicos Revelación verbal (solo para uso en programas de salud mental)

SECCIÓN 5: Método de entrega

Correo Recogida Fax Correo electrónico seguro (dirección de correo electrónico) _____ Revelación verbal (solo para uso en programas de salud mental)

SECCIÓN 6: Fechas de tratamiento

Fechas de tratamiento que se revelarán (es decir, fechas específicas [1/25/15] o un rango de fechas [de enero a julio de 2017]):

SECCIÓN 7: Información médica/quirúrgica que se revelará (marque todas las opciones que correspondan)

Resumen del expediente (historia y examen físico, expediente de la sala de emergencias, análisis, radiología, informe de operaciones, informe de anatomopatología, informe de consultas, resumen de alta y otras pruebas de diagnóstico)

<input type="checkbox"/> Informe de emergencias	<input type="checkbox"/> Notas de la clínica (especifique la clínica) _____
<input type="checkbox"/> Historia y examen físico	<input type="checkbox"/> Notas de rehabilitación o terapia (especifique el tipo) _____
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Resumen prenatal _____
<input type="checkbox"/> Notas de evolución	<input type="checkbox"/> Expediente completo
<input type="checkbox"/> Informes de operaciones/procedimientos	<input type="checkbox"/> Factura detallada
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
<input type="checkbox"/> Resultados de anatomopatología	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Informes de radiología	
<input type="checkbox"/> Películas radiográficas/Imágenes digitales	
<input type="checkbox"/> EKG/Pruebas de esfuerzo	



2 HIMROI

PATIENT ID

SECCIÓN 8: SE DEBE COMPLETAR el consentimiento específico PARA TODAS LAS SOLICITUDES

Si parte de la información altamente confidencial listada abajo está en el expediente médico solicitado, autorizo específicamente el uso o la revelación de esta información marcando las casillas de abajo, si corresponde a esta autorización.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información sobre atención y tratamiento mental/conductual | <input type="checkbox"/> Información sobre enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Información sobre atención y tratamiento por del trastorno por consumo de sustancias | <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas |
| <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas psicológicas | <input type="checkbox"/> Información sobre abuso/agresión sexual |
| <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas o tratamiento de VIH/sida | <input type="checkbox"/> Información sobre abuso o abandono infantil |
| <input type="checkbox"/> Embarazo (las pacientes mayores de 12 años deben autorizar esta revelación) | <input type="checkbox"/> No corresponde a esta autorización |

SECCIÓN 9: Información sobre el tratamiento de salud conductual/trastorno por consumo de sustancias que se revelará

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalización: Se dará un resumen del expediente, que incluye resultados de pruebas, historia y examen físico, evaluación psiquiátrica, consultas, resumen del alta y resumen del expediente médico, a menos que se especifique otra cosa. | |
| <input type="checkbox"/> Historia y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Fechas de ingreso y alta |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Notas de evolución |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica | <input type="checkbox"/> Resultados de radiología |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Evaluación (especifique el tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Factura detallada | <input type="checkbox"/> Informes de conducta/Historia del paciente |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | |

Departamento de Educación	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Asistencia/matrícula
<input type="checkbox"/> Diagnóstico médico	<input type="checkbox"/> Diagnóstico de trastorno de conducta
<input type="checkbox"/> Información sobre el tratamiento	<input type="checkbox"/> Atención de seguimiento
<input type="checkbox"/> Información sobre tareas	<input type="checkbox"/> IEP del Plan 504

SECCIÓN 10: Fecha de vencimiento de la autorización

- Esta autorización está aprobada para: Este caso solamente 60 días después la fecha de la firma
- 1 año después de la fecha de la firma (solo para expedientes de salud mental) *Solo es válida en este caso si no se selecciona ninguna opción.

SECCIÓN 11: Información importante

He leído y comprendo las siguientes declaraciones:

Nota: Si la autorización es para la revelación de expedientes de salud mental, debe tener una fecha natural de vencimiento o la información solo se revelará en la fecha que se reciba la solicitud. Si esta autorización es para atención médica/quirúrgica o investigación, la fecha de vencimiento no es necesaria.

Comprendo que mi información médica se puede compartir con otros proveedores de atención médica de Ascension Illinois para la coordinación del tratamiento y la atención.

Comprendo que tengo derecho a revisar y obtener una copia de mi información médica.

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento presentando un aviso escrito en el consultorio del médico o en el **Departamento de Administración de Información Médica del hospital donde se guarda mi información médica**. Comprendo que mi cancelación entrará en vigor cuando el Departamento de Administración de Información Médica reciba mi aviso escrito.

Comprendo que mi cancelación no tendrá ningún efecto sobre la información médica revelada antes de que el Departamento de Administración de Información Médica recibiera mi aviso escrito.

Comprendo que la información médica usada o revelada podría estar sujeta a una nueva revelación del destinatario y dejar de estar protegida por la ley de privacidad.

Comprendo que, según la Ley de confidencialidad de salud mental y discapacidades del desarrollo de Illinois o la Ley de confidencialidad de expedientes d e pacientes con abuso de alcohol y sustancias, la información no puede revelarse otra vez, a menos que la persona que autorizó esta revelación autorice específicamente la nueva revelación.

Comprendo que no presentar toda la información necesaria en este formulario de autorización no constituirá una autorización correcta para revelar información médica protegida, incluyendo la negativa a firmar esta autorización, y que, por lo tanto, mi solicitud podría no respetarse.

Comprendo que la negativa a firmar esta autorización no afectará a ninguna condición de mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios.

SECCIÓN 12: Firmas

- * **Los pacientes de 12 a 17 años** deben firmar por la información de salud conductual, consumo de sustancias, VIH/sida, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y control de la natalidad.
- ** **El representante o tutor legal** debe adjuntar una orden judicial u otra documentación que designe su estado legal, según corresponda.
- *** Se requiere la **firma de un testigo** que pueda certificar la identidad del firmante autorizado para revelar cualquier información de salud mental o de discapacidad del desarrollo. El testigo no puede ser la misma persona que el firmante autorizado.

_____	/ /	_____	/ /
*Firma del paciente	Fecha	*** Firma del testigo	Fecha
_____	/ /	_____	/ /
**Firma del padre, madre, representante legal o tutor legal	Fecha	Relación del padre, madre, representante legal o tutor legal	



2 HIMROI

PATIENT ID