

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

INSTRUCCIONES: Complete toda esta Autorización. Se le cobrarán las copias de los expedientes médicos según los límites establecidos por la ley, a menos que la solicitud sea para continuar la atención y los expedientes médicos se divulguen directamente a otros proveedores de atención médica por el Sistema de Hospitales y Ciencias de la Salud de la Universidad de Illinois (University of Illinois Hospital & Health Sciences System). Dirija las preguntas sobre este formulario al Departamento de Gestión de Información de la Salud (Health Information Management, HIM): 833 South Wood Street, Suite B-52, Chicago, IL 60612; Teléfono: 312-996-3350; Fax 312-413-2822.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

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

LA INFORMACIÓN MÉDICA SE DIVULGARÁ A:

Individuo/Organización: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

LA INFORMACIÓN MÉDICA FUE SOLICITADA POR:

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- ☐ Continuidad de la atención
 ☐ Uso personal
 ☐ Legal
 ☐ Seguro
 ☐ Discapacidad
 ☐ Escuela
☐ Otro: _____

MÉTODO DE ENTREGA:

- ☐ Correo
 ☐ Fax
☐ Entrega electrónica (correo electrónico encriptado o portal seguro). Proporcione su dirección de correo electrónico: _____
☐ Recogido por el paciente o _____ (especifique la persona). Es necesaria una identificación con fotografía para recoger los expedientes.

INFORMACIÓN SOLICITADA:

- ☐ Resumen únicamente (historial clínico y exámenes físicos, resumen del alta hospitalaria, informes sobre operaciones/procedimientos, consultas, notas de visitas clínicas, informes de radiología, de patología y de laboratorio)
☐ Todo el expediente médico (NO se incluyen imágenes)
☐ Otros expedientes médicos (p. ej., Departamento de Emergencias, notas de visitas clínicas, estancia hospitalaria, vacunas):

☐ Radiología	☐ Informes	☐ Imágenes	Fechas: _____
☐ Patología	☐ Informes	☐ Diapositivas ☐ Otro _____	Fechas: _____
☐ Ophthalmology	☐ Informes	☐ Imágenes	Fechas: _____
☐ Dental Records	☐ Informes	☐ Imágenes	Fechas: _____

Para la facturación de expedientes médicos, comuníquese con el Departamento de Cuentas del Paciente al 312.996.1000 o envíe un correo electrónico a billinfo@uic.edu

Para la facturación de registros dentales, comuníquese con la oficina de Facturación dental al 312.996.3571 o envíe un correo electrónico a codbilling@uic.edu

INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL QUE SE DIVULGARÁ

(El paciente o su representante debe colocar sus iniciales y la fecha en cada elemento autorizado para su divulgación). Comprendo que los expedientes solicitados pueden incluir información médica confidencial cuya divulgación requiere mi autorización específica. Al colocar mis iniciales a continuación, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

- ☐ Discapacidades de salud mental y del desarrollo
☐ Trastorno por consumo de sustancias (SUD) y tratamiento
☐ Consumo y abuso de alcohol y drogas
☐ SIDA/VIH, incluidos los resultados de las pruebas de VIH
☐ Pruebas genéticas e información genética
☐ Enfermedades de transmisión sexual
☐ Enfermedades contagiosas
☐ Abuso y negligencia infantil

Iniciales: _____	Fecha: _____
Iniciales: _____	Fecha: _____
Iniciales: _____	Fecha: _____
Iniciales: _____	Fecha: _____
Iniciales: _____	Fecha: _____
Iniciales: _____	Fecha: _____
Iniciales: _____	Fecha: _____



LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

- Comprendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Si no firmo esta autorización, no se llevará a cabo el uso o la divulgación de mi información médica protegida que se describe en esta autorización. Comprendo que, por lo general, mi tratamiento, el pago, la inscripción o mi elegibilidad para recibir beneficios no estarán supeditados a que firme esta autorización, salvo que la ley permita lo contrario.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito al funcionario de privacidad o al Departamento de Gestión de Información de la Salud. La revocación no afectará ningún uso ni divulgación realizados antes de que se recibiera mi revocación por escrito.
- Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.
- Comprendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales sobre la privacidad.
- Entiendo que esta autorización vence noventa (90) días calendario después de la fecha en que la firme.

PACIENTES MENORES (ENTRE 12 Y 17 AÑOS)

Las leyes de Illinois establecen ciertas protecciones de confidencialidad para la información médica de pacientes menores de edad que tienen autoridad legal para otorgar su consentimiento para recibir atención médica.

En el caso de pacientes menores de edad que tengan entre 12 y 17 años, los expedientes relacionados con servicios a los que el menor esté legalmente autorizado para otorgar su consentimiento de forma independiente (incluidos ciertos servicios relacionados con el consumo de sustancias, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, salud reproductiva, agresión sexual u otros servicios protegidos) pueden requerir la autorización del paciente menor antes de su divulgación.

Es posible que la sola firma del padre, la madre o el tutor legal no autorice la divulgación de estos expedientes cuando el menor haya otorgado su consentimiento legal para la atención médica subyacente.

Los expedientes de discapacidades de salud mental y del desarrollo relacionados con pacientes menores de edad pueden estar sujetos a requisitos adicionales de confidencialidad en virtud de la ley de Illinois aplicable. Es posible que se requiera una autorización o documentación adicional antes de poder divulgar estos expedientes.

FIRMAS:

Nombre del paciente o del representante del paciente en letra de imprenta		Fecha/hora
Firma del paciente o del representante del paciente		Relación con el paciente
		Fecha/hora

Si lo firma una persona que no sea el paciente, indique la relación del representante con el paciente y/o la autoridad legal del representante para actuar en nombre del paciente (p. ej., padre/madre, tutor legal, sustituto para la toma de decisiones sobre la atención médica, poder notarial para la atención médica, entre otros). Se debe adjuntar documentación de la autoridad del representante (p. ej., una orden judicial, tutela legal, poder notarial, entre otros) si el paciente no firma esta autorización.