

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SALUD

(Nombre del paciente)

(Fecha de nacimiento)

(Nombre del paciente o del padre/madre/guardián legal)

(Número de teléfono)

(Dirección)

(Ciudad, estado, código postal)

☒ Autorizo HARTGROVE BEHAVIORAL HEALTH SYSTEM a divulgar la siguiente información a:

(Nombre del destinatario)

(Número de teléfono)

(Número de fax)

(Dirección)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

(Email)

☒ AUTORIZO _____ a divulgar la siguiente información a:

HARTGROVE BEHAVIORAL HEALTH SYSTEM, 5730 W. ROOSEVELT RD, Chicago, IL 60644

A efectos: ☐ de tratamiento/pago ☐ Determinación de discapacidad ☐ legales ☐ personales ☐ Academia ☐ Otro _____

Información que se divulgará en las siguientes fechas de servicio:

(De no estar especificadas las fechas, se utilizará la fecha de la última visita)

☐ Resumen del Alta

☐ Planificaciones del Tratamiento Principal/Revisión del Personal a cargo del Tratamiento

☐ Órdenes del Médico

☐ Notas del Médico sobre la Evolución

☐ Planes de Atención Multidisciplinaria Posterior al Tratamiento

☐ Notas sobre la Evolución Multidisciplinaria

☐ Informes de Diagnóstico/ Análisis de Laboratorio

☐ Informes sobre las Indicaciones

☐ Evaluación Psiquiátrica Inicial

☐ Registros de Administración de Medicamentos

☐ Evaluación Psicológica

☐ Registros de Observación de Pacientes

☐ Historia Clínica y/o Exámenes Físicos

☐ Otro _____

☐ Evaluaciones (Admisión, Asistencia Médica, Trabajo Social)

Autorizo la divulgación de la siguiente información, a menos que aparezca marcada: ☐ Psiquiátrica ☐ Abuso de Sustancias ☐ HIV/SIDA

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y realizar copias de la información que será divulgada. Entiendo que mi historia clínica puede contener información relativa a pruebas, diagnóstico y tratamiento sobre el uso de drogas y/o alcohol, una enfermedad transmisible o venérea que puede incluir, entre otras, hepatitis, sífilis, gonorrea o el virus de inmunodeficiencia humana, conocido también como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y/o tuberculosis. Entiendo que tal información es confidencial y que se encuentra protegida por leyes estatales y federales. Entiendo que el tratamiento de atención médica que se me brinde no podrá estar condicionado a mi acuerdo para firmar una autorización para la divulgación o utilización de información sobre mi salud únicamente con los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que la negativa a firmar esta autorización puede impedir que se logre el objetivo mencionado anteriormente. Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada sobre mi salud vuelva a ser divulgada por parte del destinatario y de que ya no esté protegida por la ley federal HIPAA. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito a la autoridad del Hartgrove Behavioral Health System, excepto en la medida en que esta acción ya se haya tomado para su resguardo. Esta autorización también tiene como propósito permitir a UHS-Hartgrove Behavioral Health System y al destinatario intercambiar la información libremente de manera verbal y recíproca durante el período de la divulgación, y solo deberá ser utilizada con el propósito indicado arriba y para el beneficio del paciente. Los registros sobre drogas y alcohol se encuentran protegidos por el reglamento federal sobre confidencialidad (Título 42, parte 2, del Código de Reglamento Federal) y requieren un consentimiento por escrito para la divulgación de esta información a menos que el Título 42, parte 2, del Código de Reglamento Federal establezca lo contrario. Se prohíbe la divulgación posterior sin un consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece la información, a menos que la ley establezca lo contrario. El reglamento federal limita cualquier utilización de la información con el propósito de investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que haya hecho abuso de alcohol o drogas. Aviso para la persona/agencia destinataria: Según la disposición 405 ILCS 5 II de la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo, no podrá volver a divulgar ninguna parte de esta información a menos que la persona que brindó el consentimiento para su divulgación autorice esta nueva divulgación. La divulgación de la información demuestra el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), las Normas para la Privacidad de la Información de Salud Individual Identificable (Normas de Privacidad), el Título 45, partes 160 y 164, del Código de Reglamento Federal y demás Reglamentaciones Federales y Normas de Interpretación promulgadas en virtud de ellas.

Esta autorización vence el:

(De no estar especificado anteriormente, la autorización vencerá en el término de un (1) año a partir de la fecha de la firma que figura al pie)

Firma del Paciente/Menor: _____ Fecha: _____

Requerida si el paciente tiene al menos 12 años de edad.

Firma del Padre/Madre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre del Testigo en Letra de Imprenta: _____ Vínculo/Relación con el Paciente: _____

Al firmar la presente, certifico que soy el paciente O el padre/madre con tutela y/o guardián legal del paciente menor de edad y que poseo plena capacidad legal para autorizar la divulgación de la información confidencial mencionada anteriormente. Es mi intención que una fotocopia o facsímil de esta autorización revista la misma validez y carácter legal que los de la copia original.

Esta autorización debe figurar completa en su totalidad o de lo contrario no tendrá validez.