Mercy Medical Center

1325 N. Highland Avenue, Aurora, IL 60506
Phone: (630) 801-5744 Fax: (630) 906-3728

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)

☐ Informe de emergencias
☐ Historia y examen físico
☐ Consultas
☐ Notas de evolución
☐ Informes de operaciones/procedimientos
☐ Resultados de laboratorio
☐ Resultados de anatomopatología
☐ Informes de radiología
☐ Películas radiográficas/Imágenes digitales
☐ EKG/Pruebas de esfuerzo

☐ Notas de la clínica (especifique la clínica) _____
☐ Notas de rehabilitación o terapia (especifique el tipo) _____
☐ Resumen prenatal _____
☐ Expediente completo
☐ Factura detallada
☐ Otro (especifique) _____
☐ Resumen del alta

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.

- ☐ Información sobre atención y tratamiento mental/conductual
- ☐ Información sobre atención y tratamiento por del trastorno por consumo de sustancias
- ☐ Información sobre pruebas psicológicas
- ☐ Información sobre pruebas o tratamiento de VIH/sida
- ☐ Embarazo (las pacientes mayores de 12 años deben autorizar esta revelación)
- ☐ Información sobre enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Información sobre pruebas genéticas
- ☐ Información sobre abuso/agresión sexual
- ☐ Información sobre abuso o abandono infantil
- ☐ 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:

☐ 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. _____

- ☐ Historia y exámenes físicos
- ☐ Resumen del alta
- ☐ Evaluación psiquiátrica
- ☐ Pruebas psicológicas
- ☐ Evaluación psicológica
- ☐ Plan de tratamiento
- ☐ Factura detallada
- ☐ Fechas de ingreso y alta
- ☐ Notas de evolución
- ☐ Información sobre medicamentos
- ☐ Resultados de laboratorio
- ☐ Resultados de radiología
- ☐ Evaluación (especifique el tipo) _____
- ☐ Informes de conducta/Historia del paciente

Departamento de Educación

- ☐ Diagnóstico psiquiátrico
- ☐ Diagnóstico médico
- ☐ Información sobre el tratamiento
- ☐ Información sobre tareas
- ☐ Asistencia/matrícula
- ☐ Diagnóstico de trastorno de conducta
- ☐ Atención de seguimiento
- ☐ IEP del Plan 504

☐ Otro (especifique) _____

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 de 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