



# Saint Joseph Medical Center

333 Madison Street, Joliet, IL 60435

Phone: (815) 733-7150 ext. 3175 Fax: (815) 773-7409

## 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) <b>XXX-XX- _____</b>	<b>PARA USO ADMINISTRATIVO ÚNICAMENTE:</b> 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 ( <b>solo para la atención directa del paciente</b> ):	

### 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/matricula
<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