



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Por medio de la presente autorizo y solicito que: **Howard Brown Health**
Medical Records Department
4025 N. Sheridan Road
Chicago, IL 60613
773-388-8936 fax / 773-388-8667 teléfono

proporcione información A _____ reciba información DE _____ intercambie información con _____:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Con el fin de: _____

Fecha o rango de fechas de la información solicitada: _____

Solicito la divulgación de la siguiente información (MARQUE CON SUS INICIALES TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> REGISTRO MÉDICO COMPLETO | <input type="checkbox"/> Rayos X | <input type="checkbox"/> Pruebas/informes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria | <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> Notas/informes de gestión del caso |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> ECG/EEG | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes del médico o de interconsulta | <input type="checkbox"/> Notas de evolución | _____ |

La divulgación de información sobre ciertas afecciones o tratamientos requiere mi autorización específica. SIN ESTA AUTORIZACIÓN, ESTA INFORMACIÓN NO SERÁ DIVULGADA. Autorizo la divulgación de información relacionada con los siguientes (MARQUE CON SUS INICIALES TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

- | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salud mental/conductual | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/sustancias | <input type="checkbox"/> Pruebas de ADN/trastornos genéticos |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica/agresión sexual | <input type="checkbox"/> CUALQUIERA Y TODAS LAS AFECCIONES Y TRATAMIENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE |

La presente autorización es válida hasta (SELECCIONE UNA FECHA QUE NO SEA MAYOR A 12 MESES A PARTIR DE SU FIRMA): _____

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA Y QUE PODRÍA REVOCARLA EN CUALQUIER MOMENTO ENVIANDO UNA CARTA A LA DIRECCIÓN ANTES MENCIONADA. TODA REVOCACIÓN NO APLICA PARA LOS REGISTROS QUE YA FUERON DIVULGADOS DE BUENA FE DE CONFORMIDAD CON LA DIVULGACIÓN ANTERIOR. ENTIENDO QUE CUANDO LA INFORMACIÓN SEA UTILIZADA O DIVULGADA DE ACUERDO CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, PODRÍA SER NUEVAMENTE DIVULGADA POR EL DESTINATARIO Y DEJARÍA DE SER INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE INSPECCIONAR Y COPIAR LA INFORMACIÓN DIVULGADA DE ACUERDO CON ESTA AUTORIZACIÓN. ENTIENDO QUE UN PROVEEDOR MÉDICO A QUIEN SE LE HA DADO ESTA AUTORIZACIÓN NO PUEDE CONDICIONAR EL TRATAMIENTO QUE SE ME BRINDE AL HECHO DE QUE YO FIRME O NO LA AUTORIZACIÓN, PERO SE ME HA EXPLICADO QUE SI ME NIEGO A DAR MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE ESTA INFORMACIÓN, ES POSIBLE QUE OCURRAN LAS CONSECUENCIAS QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN, SEGÚN SEA EL CASO: MIS PROVEEDORES PODRÍAN NO PONERSE DE ACUERDO SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA, NO PODER APLICAR A ESTE PROGRAMA Y/O QUE NO SE DIVULGUEN LOS REGISTROS SOLICITADOS. TODA COPIA TOMADA A ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ CONSIDERADA VÁLIDA COMO EL ORIGINAL.

Firma de la persona que autoriza la divulgación Fecha Firma del testigo (se recomienda, pero no es obligatorio) Fecha

NOTA: La presente autorización debe llenarse completamente para que sea válida. Si la firma de autorización proviene de una persona distinta a la persona que recibirá la atención médica, indique las razones de la autorización y consentimiento: _____