



**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 Center**  
Medical Records Department 4025  
N. Sheridan Road, Chicago, IL 60613  
773-388-8667 Telefono  
773-388-8936 Fax

proporcione información A \_\_\_\_\_ reciba información DE \_\_\_\_\_ intercambie información con \_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Con el objetivo 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 de laboratorio/informes
<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	<input type="checkbox"/>	

**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):**

- Salud mental/conductual
- Discapacidad del desarrollo
- Abuso de alcohol/sustancias
- Enfermedades de transmisión sexual
- VIH/SIDA
- Pruebas de ADN/trastornos genéticos

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 EL PROVEEDOR MÉDICO A QUIEN LE FACILITO ESTA INFORMACIÓN NO PODRÁ CONDICIONAR EL TRATAMIENTO QUE ME PROPORCIONE SEGÚN FIRME O NO ESTA AUTORIZACIÓN, PERO SE ME HA EXPLICADO QUE SI DECLINO MI CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, PODRÍAN OCURRIR LAS SIGUIENTES CONSECUENCIAS, SEGÚN PROCEDA: 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 sugiere, pero no es necesario)

\_\_\_\_\_  
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: \_***

---

Su solicitud de expedientes podría tener algún costo, Si es requerido o permitido por la ley

Rev. 11/2015  
(Spanish)