



**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)**

- \_\_\_\_\_ REGISTRO MÉDICO COMPLETO \_\_\_\_\_ Rayos X \_\_\_\_\_ Pruebas/informes de laboratorio
- \_\_\_\_\_ Resumen de alta hospitalaria \_\_\_\_\_ Radiología \_\_\_\_\_ Notas/informes de gestión del caso
- \_\_\_\_\_ Historia clínica y exámenes físicos \_\_\_\_\_ ECG/EEG \_\_\_\_\_ Otro (especificar): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Informes del médico o de interconsulta \_\_\_\_\_ 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):**

- \_\_\_\_\_ Salud mental/conductual \_\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual
- \_\_\_\_\_ Discapacidad del desarrollo \_\_\_\_\_ VIH/SIDA
- \_\_\_\_\_ Abuso de alcohol/sustancias \_\_\_\_\_ Pruebas de ADN/trastornos genéticos
- \_\_\_\_\_ Violencia doméstica/agresión sexual \_\_\_\_\_ 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): \_\_\_\_\_

Si solicita la entrega por correo electrónico, debe inicializar y completar lo siguiente: \_\_\_\_\_ (inicial) Por la presente autorizo que toda la información solicitada anteriormente se pueda enviar por correo electrónico seguro y encriptado a la siguiente dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

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

***\*Su solicitud de expediented podía tener algún costo, si es requerido o permitidopor***