**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

**Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NSS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico (opcional):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo y solicito que**: Howard Brown Health, Departamento de Historias Clínicas

6500 N Clark St., Chicago, IL 60626

(872) 268-5802 (teléfono) - 773-388-8667 y (872) 268-5802 (fax)

* **Me revele información**\_\_\_
* **Revele información A**\_\_\_ **reciba información DE**\_\_\_ **intercambie información con**:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Condiciones o límites para la divulgación** (opcional):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicito la divulgación de la siguiente información (COLOQUE SUS INICIALES EN TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):\***

\_\_\_\_\_LLENAR LA HISTORIA CLÍNICA \_\_\_\_Radiografías \_\_\_\_Informes/pruebas de laboratorio

\_\_\_\_\_Resumen de alta \_\_\_\_Radiología \_\_\_\_Notas/informes de Administración de Casos

\_\_\_\_\_Antecedentes médicos y exámenes físicos \_\_\_\_ECG/EEG \_\_\_\_Resultados de prueba de COVID-19/cartas del empleador

\_\_\_\_\_Informes médicos/de consulta \_\_\_\_Notas de avance \_\_\_\_Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha/rango de la información solicitada (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La divulgación de información sobre ciertas condiciones/tratamientos requiere mi autorización específica. SIN ESTA AUTORIZACIÓN, ESTA INFORMACIÓN NO SE DIVULGARÁ. Autorizo la divulgación de la información relacionada con lo siguiente (COLOQUE SUS INICIALES EN TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Salud mental/del comportamiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Enfermedades de transmisión sexual

\_\_\_\_\_\_\_\_\_Discapacidad del desarrollo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VIH/SIDA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_Abuso de alcohol/sustancias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pruebas de ADN/enfermedades genéticas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_Violencia doméstica/agresión sexual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CUALQUIERA Y TODAS LAS CONDICIONES/TRATAMIENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE

PARA BRINDAR INFORMACIÓN POR MENSAJE DE TEXTO, CORREO DE VOZ/MÁQUINA CONTESTADORA O CORREO ELECTRÓNICO (únicamente al paciente):

Entiendo que el mensaje de texto, correo de voz o correo electrónico puede no ser seguro, y que Howard Brown Health no puede garantizar la privacidad o seguridad de mi número de teléfono, dirección de correo electrónico o dispositivo(s) relacionado(s). Entiendo este riesgo, doy mi consentimiento y autorizo brindar la información anterior que se me solicitó de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

\_\_\_\_\_por mensaje de texto al número de teléfono que se indica anteriormente

\_\_\_\_\_dejando un correo de voz o mensaje de voz al número de teléfono que se indica anteriormente

\_\_\_\_\_enviando un correo electrónico a la dirección de correo electrónico que se indica anteriormente

**Esta autorización es válida por un año o hasta el (seleccione una fecha que no pase de los 12 meses a partir de la fecha en que firma):\_\_\_\_\_\_\_**

**ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA Y QUE PUEDO REVOCARLA EN CUALQUIER MOMENTO ESCRIBIENDO A LA DIRECCIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE. CUALQUIER REVOCACIÓN NO SE APLICA A LOS REGISTROS YA PUBLICADOS EN BUENA FE DE CONFORMIDAD CON LA AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE. ENTIENDO QUE CUANDO LA INFORMACIÓN SE USE O DIVULGUE DE ACUERDO CON ESTA AUTORIZACIÓN, ESTA PUEDE VOLVER A SER DIVULGADA POR PARTE DEL DESTINATARIO Y PUEDE QUE YA NO SEA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGA DE CONFORMIDAD CON ESTA AUTORIZACIÓN. ENTIENDO QUE EL PROVEEDOR MÉDICO A QUIEN SE BRINDA ESTA AUTORIZACIÓN NO PUEDE CONDICIONAR EL TRATAMIENTO A BRINDARME A SI FIRMO O NO LA AUTORIZACIÓN, PERO SE ME HA EXPLICADO QUE SI ME NIEGO A AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN, LAS CONSECUENCIAS PODRÍAN SER LAS SIGUIENTES: MIS PROVEEDORES NO PODRÍAN COORDINAR MI ATENCIÓN; NO PODRÍA SOLICITAR ESTE PROGRAMA O LOS REGISTROS SOLICITADOS NO PODRÍAN SER PUBLICADOS. CUALQUIER COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERARÁ TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma de la persona que autoriza la divulgación Fecha Firma del testigo (opcional) Fecha

***NOTA: Esta autorización se debe llenar y firmar para que sea válida. Si la firma de autorización es de una persona que no es la persona que recibe atención, indique el criterio de la autorización y econsentimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**\*Las solicitudes de registros pueden tener un costo, si y según lo permita la ley.** Rev. 04-2022