

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: _____ |

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 |

Propósito de la divulgación: _____ Fecha/rango de la información solicitada (si corresponde): _____

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 consentimiento: _____