



**Health Information Management**  
**2300 Children's Plaza, Box 11**  
**Chicago, IL 60614**  
**Phone: 773.880.4404**  
**Fax: 773.880.3428**



3 4 0 1 P

**Medical Record No.**  
**Patient Name**  
**Birthdate**  
**Physician**

*Please align patient label to the right*

**Authorization for Release of Patient Health Information**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

(for office use only) Medical Record # \_\_\_\_\_

**Por este medio autorizo que las siguientes personas intercambien la información médica confidencial del paciente cuyo nombre aparece arriba:**

**DE/PARA:**

Persona / Institución \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

**DE/PARA:**

Persona / Institución \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

**Autorizo la divulgación de la información de atención médica que comprende el/los periodo(s) de**

**Fecha(s) \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_**

**La información que se utilizará o divulgará será la siguiente:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y exame físico | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                              | <input type="checkbox"/> Informes diagnósticos (análisis, radiografías, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas               | <input type="checkbox"/> Informes operativos                                   | <input type="checkbox"/> Sólo información verbal (especifique)                |
| <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso             | <input type="checkbox"/> Radiografías  |   |
| <input type="checkbox"/> Resumen del informe de alta         | <input type="checkbox"/> Síntesis (documentos que resumen el historial médico) |   |

**A fin de que se puedan incluir en el uso o la divulgación de otro tipo de información médica, se deberán elegir las siguientes opciones relativas a información altamente confidencial.**

- Información y/o expedientes médicos relacionados con el VIH/SIDA (los pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información)
- Información y/o expedientes médicos acerca de la salud mental o de la conducta (*debe haber un testigo presente y los pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Información acerca de alguna enfermedad venérea (*los pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Embarazo (*las pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Anticonceptivos (*los pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Información acerca del diagnóstico, tratamiento o remisión relacionados con la drogadicción/el alcoholismo (*los pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Información y/o expedientes médicos relacionados con pruebas genéticas
- Información acerca de agresión/abuso sexual
- Información acerca del abuso y negligencia infantiles
- Abuso doméstico de un adulto que padezca una discapacidad

**La información cuya divulgación autorizo se deberá utilizar para el siguiente propósito:**

- Mi uso personal (existe una cuota por las copias para el uso personal)
- Compartir con otros médicos/personal médico (no hay cargo alguno cuando los expedientes se deban enviar directamente al médico; se debe proporcionar la dirección del destinatario)
- Otro tipo de información (especifique \_\_\_\_\_)

**Esta autorización se vence:** Fecha: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_. De no especificarse lo contrario, esta autorización para la divulgación de datos se vencerá 30 días a partir de la fecha en que fue firmada.



**Health Information Management**  
**2300 Children's Plaza, Box 11**  
**Chicago, IL 60614**  
**Phone: 773.880.4404**  
**Fax: 773.880.3428**  
**Authorization for Release of Patient Health Information**



**Medical Record No.**  
**Patient Name**  
**Birthdate**  
**Physician**

*Please align patient label to the right*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Al menos que sea revocada, la presente autorización se vencerá 30 días después de haber sido firmada o 30 días después de la fecha anteriormente indicada. *En el caso de la información relacionada con la salud mental, la presente autorización se vencerá un año después de la fecha en la que la autorización haya sido firmada.*

Comprendo que la autorización para el uso o divulgación de la información anteriormente identificada es voluntaria. No es necesario que yo firme este formulario a fin de recibir tratamiento médico, excepto en el caso que el propósito de mi tratamiento sea la creación de información médica para su divulgación al destinatario identificado en la Autorización, en cuyo caso el Children's Memorial Hospital podría rehusarse a proporcionarme el tratamiento si me niego a firmar la presente Autorización.

Comprendo que una vez que el Children's Memorial Hospital divulgue mi información médica al destinatario, el Children's Memorial Hospital no podrá garantizar que el destinatario no divulgue mi información médica por su parte a terceras personas. Es posible que no se requiera que dichas terceras personas se apeguen a las cláusulas de esta Autorización o a las leyes federales o del Estado de Illinois que rijan el uso y la divulgación de mi información médica.

Comprendo que tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento. Comprendo que de revocar la presente autorización, deberé hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Manejo de Información Médica del Children's Memorial Hospital. Comprendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a la presente autorización. Comprendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro médico cuando la ley le extienda el derecho a impugnar algún reclamo bajo mi póliza.

Comprendo que el Children's Memorial Hospital podría, directa o indirectamente, recibir remuneración de una tercera persona en conexión con el uso o divulgación de mi información médica.

De acuerdo a las disposiciones de la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (*Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act*) o de la Ley de Confidencialidad de Expedientes respecto al Abuso de Alcohol y Drogas (*Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records Act*), no se puede divulgar la información al menos que la persona que haya autorizado dicha divulgación especifique que se puede divulgar de nuevo.

Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y obtener una copia de cualquier tipo de información acerca de la salud mental, el abuso de drogas y alcohol o los servicios de discapacidades del desarrollo que se divulguen según lo acordado en la presente Autorización.

He leído y comprendo los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y la divulgación de mi información médica. Por medio de la presente y con mi firma autorizo voluntaria y conscientemente que el Children's Memorial Hospital use o divulgue mi información médica tal como se describe anteriormente.

**Nombre en letra de molde del paciente o tutor:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o tutor:** \_\_\_\_\_

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

*(A fin de poder autorizar la divulgación de información relacionada con la salud mental, el VIH/SIDA, la drogadicción y el alcoholismo, las enfermedades venéreas, el embarazo y el control de la natalidad, el paciente debe tener 12 años de edad o más)*

**Si la firma es la del tutor, escriba su parentesco con el paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Sólo para la divulgación de información relacionada con la salud mental:*

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

**Firma del paciente de 12 años o más:** \_\_\_\_\_

*(Un testigo debe estar presente a fin de que se autorice la divulgación sobre la salud mental)*

(for office use only)

**Signature of Children's Memorial Staff:** \_\_\_\_\_

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

*(Children's Memorial Staff has checked the identification of the signer and ensured that this is the legal representative who has rights of access)*