



Autorización para divulgar información de salud protegida - La Rabida Children's Hospital

Sección I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
Ciudad/estado/código postal:	
Teléfono:	Registro médico n.º:
Correo electrónico:	

Sección II: INFORMACIÓN SOLICITADA

Autorizo que La Rabida Children's Hospital use o divulgue la siguiente información de salud protegida durante el plazo de vigencia de esta autorización (marque todas las opciones que correspondan):

Información específica solicitada:		
<input type="checkbox"/> Resumen (Documentos que resumen el historial médico)	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Notas de terapias (físio., ocupac., habla)
<input type="checkbox"/> Registro de cuidados intensivos/emergencias	<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico	<input type="checkbox"/> CD de radiografías
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Informes radiográficos
<input type="checkbox"/> Notas de consultas clínicas	<input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registro médico completo
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Fechas de servicio solicitadas:		
<input type="checkbox"/> Fecha específica	<input type="checkbox"/> Rango de fechas: _____ a _____	<input type="checkbox"/> Todas las fechas de servicio
Se solicita información DEL siguiente centro:		
<input type="checkbox"/> La Rabida Children's Hospital 6501 S. Promontory Drive, Chicago, IL 60649 T: 773-753-8674; F: 773-363-6335		
<input type="checkbox"/> La Rabida Joli Burrell Children's Advocacy Center, 200 Lakewood, Park Forest, IL 60466 T:708-481-9799; F: 708-481-9551		
<input type="checkbox"/> Chicago Child Trauma Center, 1525 E. 55 th Street, Suite 203, Chicago, IL 60615 T: 773-374-3748; F: 773-374-6223		
<input type="checkbox"/> Children & Family Connections, 1525 E. 55 th Street, Suite 203, Chicago, IL 60615 T: 773-374-7434; F: 773-324-7469		
<input type="checkbox"/> Otro. Nombre del centro: _____		
Dirección: _____		
Ciudad/estado/código postal: _____		
Teléfono: _____ Fax: _____		

Sección III: A QUIÉN DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE SE SOLICITA.

Divulgar esta información a:	
<input type="checkbox"/> La Rabida Children's Hospital 6501 S. Promontory Drive, Chicago, IL 60649	
<input type="checkbox"/> Otro. Nombre del centro: _____	
Dirección: _____	
Ciudad/estado/código postal: _____	
Teléfono: _____ Fax: _____	
Con el propósito de:	
<input type="checkbox"/> Coordinación de atención/Administración de casos	<input type="checkbox"/> Legal
<input type="checkbox"/> Agencia gubernamental/DCFS	<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención
<input type="checkbox"/> Otro: (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Uso personal
	<input type="checkbox"/> Seguro
Deseo que la información solicitada esté en el siguiente formato:	
<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> Solo verbal



Autorización para divulgar información de salud protegida - La Rabida Children's Hospital

Sección IV: CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) contiene protecciones especiales para algunos tipos de información que pueden solicitarse para su uso o divulgación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, autorizo específicamente que La Rabida Children's Hospital use o divulgue la categoría de información confidencial indicada:

- Información sobre abuso doméstico de un adulto con discapacidad
- Información sobre abuso y negligencia infantil
- Información sobre pruebas genéticas
- Información sobre agresión o abuso sexual
- Información sobre una enfermedad mental o discapacidad del desarrollo (se requiere la firma de un testigo)

Según la ley del Estado de Illinois correspondiente al Consentimiento de Menores para Servicios de Atención Médica (410 ILCS 210), algunos tipos de información requieren la firma de un paciente mayor de 12 años. Esta información no será divulgada por La Rabida Children's Hospital sin la firma del paciente. Indique la información solicitada y proporcione la firma del paciente:

- Información sobre salud conductual o notas de psicoterapia
- Información sobre uso o abuso de sustancias (alcohol o drogas)
- Información sobre condiciones relacionadas con el VIH/SIDA
- Información sobre control de la natalidad o embarazo
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual

Firma del paciente

Fecha

Sección V: FECHA(S) EFECTIVA(S) DE LA AUTORIZACIÓN

Esta autorización permanecerá vigente bajo las siguientes condiciones (marque solo una opción):

- A partir de la fecha de esta autorización, hasta la fecha siguiente: _____
- Hasta que se cumpla el propósito de esta autorización
- Otra: _____

Si no se especifica otra cosa, esta autorización perderá validez dentro de los 90 días posteriores a su firma.

Mediante mi firma a continuación, declaro que entiendo lo siguiente:

1. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si decido revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito ante el Departamento de Gestión de Información de Salud de La Rabida Children's Hospital. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado;
2. Tengo derecho a inspeccionar o copiar cualquier información que sea utilizada o divulgada como resultado de esta autorización;
3. Entiendo que la información que autorizo a divulgar a otra persona o entidad puede volver a ser divulgada por esa persona o entidad y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad;
4. Puedo negarme a firmar esta autorización; y
5. Mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para recibir u obtener atención en La Rabida Children's Hospital.

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal

Fecha

Nombre en imprenta del paciente o padre/madre/tutor legal

Relación con el paciente

Firma del testigo (solo es necesario cuando se indica específicamente en el formulario)

Fecha

Nombre en imprenta del testigo