



Nombre del Participante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre) (Fecha de Nacimiento)

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN**

Autorizo a empleados, contratistas y voluntarios de:

**Agencia/Proveedor:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

**Liberar/divulgar TODOS los pasados, presentes y futuros:**

- **Información Protegida de Salud (PHI) bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA);**
- **Información Sensible (SI) bajo diversas leyes y regulaciones de Illinois; y**
- **Registros de Educación (ER) bajo la Ley de 1974 de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA)**

**De y concerniente del Participante a los empleados, contratistas y voluntarios de la División de Cuidado Especializado para Niños de la Universidad de Illinois en Chicago (DSCC), según lo solicitado por DSCC verbalmente o por escrito.**

**La PHI, SI, y ER liberada/divulgada a DSCC puede ser usada por DSCC para el/los siguientes propósito(s):**

- Coordinación de Cuidado/Administración de Casos con los proveedores identificados del participante
- Determinación del pago de DSCC por cuidado
- Establecimiento de elegibilidad médica para servicios de DSCC
- Otro: \_\_\_\_\_

**Yo específicamente autorizo a la Agencia/Proveedor a liberar/divulgar cualquier y toda(s) la(s) siguiente(s) SI a DSCC:**

- Discapacidades del Desarrollo
- Salud Mental/Comportamiento
- Genético
- Asalto Sexual o Abuso

**La siguiente clase o tipo de registros (o registros similares) también se pueden liberar / divulgar a DSCC:**

- Médico/Clinica/Hospital
- Financiero/Beneficios
- Habla/Audiología
- Educacional
- Servicio Social
- OT/PT
- Información Demográfica
- Otro: \_\_\_\_\_

**AVISO SOBRE EL RECIBO DE DSCC DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI), INFORMACIÓN SENSIBLE (SI) O REGISTROS DE EDUCACIÓN (ER):**

- La PHI o los ER **liberados/divulgados a DSCC** ya no pueden ser protegidos por HIPAA o FERPA.
- La PHI o los ER **re-divulgados por DSCC** a los proveedores identificados del participante ya no pueden ser protegidos por HIPAA o FERPA
- La SI **liberada/divulgada a DSCC no puede ser re-divulgada** por DSCC sin autorización previa.

**AUTORIZACIÓN DE RE-DIVULGACIÓN**

Yo autorizo a DSCC a **re-divulgar toda la información pasada, presente y futura de PHI, SI o ER que reciba** a través de:

todas y cada una de las autorizaciones con los proveedores identificados del participante (incluyendo esta autorización con la Agencia / Proveedor identificado(a) arriba) **Y**

**entre el participante o su(s) padre(s) / tutor(es) legal(es) y los proveedores identificados del participante y entre los mismos proveedores para los propósitos autorizados arriba**

**Esta autorización se vence en la siguiente fecha calendario:** \_\_\_\_\_



**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE**

**YO ENTIENDO QUE:**

- Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla.
- Negarme a firmar esta autorización no afectará la capacidad de mi hijo(a) para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios, pero disminuirá la habilidad, calidad y oportunidad de los servicios de DSCC.
- Puedo retirar o revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a DSCC (a la dirección de abajo) a menos que DSCC ya haya actuado en dependencia de ella.
- Tengo el derecho de inspeccionar y solicitar una copia de cualquier información que será divulgada / re-divulgada.
- La Información Protegida de Salud (PHI) divulgada puede no estar protegida por HIPAA.

**COMUNICACIÓN DE PHI, SI, Y ER POR Y ENTRE DSCC Y EL PARTICIPANTE/PADRE/GUARDIAN**

- Teléfono/Correo/Cara a Cara       Correo Electrónico – Seguro       Correo Electrónico – No-Seguro  
(ponga iniciales abajo)

\_\_\_\_\_ (iniciales) Entiendo que los sistemas de correo electrónico no seguros no están encriptados y se consideran no totalmente seguros y existe cierto nivel de riesgo de que la información pueda ser leída por un tercero. Entiendo que no hay garantía de la confidencialidad de la información cuando se comunica de esta manera.

**FIRMAS**

**PADRE/GUARDIAN:**

Yo atestiguo que soy el padre o guardián del participante mencionado arriba y consiento voluntariamente y autorizo completamente las liberaciones / divulgaciones consistentes con esta autorización.

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha)  
 Testigo: \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (Letra de Imprenta) \_\_\_\_\_ (Fecha)

**PARTICIPANTE DE POR LO MENOS 12 AÑOS DE EDAD PERO MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD (NOTA: UN(A) PARTICIPANTE QUE ESTE CASADO(A), EMBARAZADA, UN PADRE/MADRE, EMANCIPADO(A) QUE DIO CONSENTIMIENTO A SERVICIOS QUE GENERARON LA PHI O SI DEBERÁ FIRMAR ESTE FORMULARIO):**

Certifico que el participante ha sido informado de esta autorización y no se opone.

Nombre: \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (En Letra de Imprenta) \_\_\_\_\_ (Fecha)

Yo consiento voluntariamente y autorizo completamente las liberaciones / divulgaciones consistentes con esta autorización.

Participante: \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha)

Testigo: \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (En Letra de Imprenta) \_\_\_\_\_ (Fecha)

**Incapacidad Física**

Participante (marca): \_\_\_\_\_  Solicitud Completamente Explicada al Participante \_\_\_\_\_ (Fecha)

Testigo: \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (En Letra de Imprenta) \_\_\_\_\_ (Fecha)

Testigo: \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (En Letra de Imprenta) \_\_\_\_\_ (Fecha)

**ENVÍE INFORMACIÓN A SU OFICINA LOCAL:**

UIC-SPECIALIZED CARE FOR CHILDREN

ATTN: Records

SPRINGFIELD REGIONAL OFFICE, 3135 OLD JACKSONVILLE RD., SPRINGFIELD, IL 62704-6488