

Nombre del participante: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (Fecha de nacimiento)

Adulto legalmente responsable: _____ Relación: _____
(Apellido) (Nombre)

Adulto legalmente responsable: _____ Relación: _____
(Apellido) (Nombre)

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

Autorizo a los empleados, contratistas y voluntarios de:

Agencia/Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

A revelar/divulgar TODA información pasada, presente y futura:

- **La información de salud protegida (PHI) bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA);**
- **Información confidencial (SI) bajo diversas leyes y normas de Illinois; y**
- **Registros Educativos (ER) bajo la ley de Confidencialidad y Derechos de Educación de la Familia de 1974 (FERPA)**

Sobre y concernientes al participante a los empleados, contratistas y voluntarios de la División de Cuidado Infantil Especializado de la Universidad de Illinois (DSCC), de Chicago solicitados por la DSCC verbalmente o por escrito.

La PHI, la SI y la ER publicada/divulgada a la DSCC puede ser utilizada por la DSCC para los siguientes fines:

- Coordinación de cuidado/Manejo del caso con los proveedores identificados del participante
- Determinación del pago de la DSCC por los cuidados
- Establecer la elegibilidad médica para los servicios de la DSCC
- Otros: _____

Autorizo específicamente a la agencia/al proveedor a publicar/divulgar cualquiera y todo tipo de información confidencial a la DSCC:

- Discapacidades de Desarrollo Comportamiento Saludable/Salud Mental Genética Abuso Sexual o Violación

El siguiente tipo de registros (o registros similares) también pueden ser publicados/divulgados a la DSCC:

- Médicos/Clinicos/Hospitalarios Financieros/Beneficios Habla/Audiología Educativos
- Terapia Ocupacional/Terapia física OT/PT Información demográfica Otro: _____

AVISO CON RESPECTO AL RECIBO DE PHI, SI o ER EN LA DSCC:

- Es posible que la PHI o la ER **publicada/divulgada** ya no goce de protección de la HIPAA o de la FERPA.
- Es posible que la PHI o la ER **que vuelva a ser divulgada por** la DSCC ya no goce de protección de la HIPAA o de la FERPA.
- La SI **publicada/divulgada** a la DSCC no podrá volver a ser divulgada por la DSCC sin autorización previa.

AUTORIZACIÓN DE REDIVULGACIÓN

Al firmar a continuación, autorizo a DSCC a divulgar toda la PHI (información de salud protegida), SI (información sensible) o ER (información educativa) pasada, actual y futura que reciba mediante todas las autorizaciones con los proveedores identificados del participante (incluida esta autorización con la Agencia/Proveedor identificado arriba) entre los proveedores identificados del participante para los fines autorizados anteriormente mencionados, el padre/la madre/tutor del participante y el participante.

Esta autorización será válida hasta la siguiente fecha: _____

LEA LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS CON ATENCIÓN

ENTIENDO QUE:

- Esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla.
- El hecho de no firmar esta autorización no afectará la capacidad de mi hijo de recibir tratamiento, pagos, inscripciones o de ser elegible para recibir beneficios; pero disminuirá la capacidad, la calidad y la puntualidad de los servicios de la DSCC.
- Puedo retirar o revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una nota escrita dirigida a la DSCC (a la dirección que figura a continuación), a menos que la DSCC ya haya actuado sobre esto.
- Tengo el derecho de revisar y de solicitar una copia de cualquier información que sea publicada, divulgada o que se vuelva a divulgar.
- Es posible que la PHI divulgada ya no goce de protección de la HIPAA.

FIRMAS

ADULTO LEGALMENTE RESPONSABLE (PADRE, TUTOR LEGAL O PARTICIPANTE CASADO, MAYOR DE 18 AÑOS O LEGALMENTE EMANCIPADO):

Al firmar a continuación, afirmo que soy el adulto legalmente responsable que aparece antes y doy mi consentimiento de manera voluntaria y autorizo plenamente los comunicados/las divulgaciones de acuerdo con esta autorización.

Adulto Legalmente Responsable: _____ (Firma) _____ (Fecha)

Testigo: _____ (Firma) _____ (Nombre en imprenta) _____ (Fecha)

PARTICIPANTE DE, AL MENOS, 12 AÑOS DE EDAD, PERO MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD:

- Declaro que el participante ha sido informado sobre esta autorización y que no se opone a esto.
- El participante mencionado anteriormente tiene un retraso cognitivo y no puede dar su consentimiento en relación con aspectos de salud mental y sexual; es por eso que el padre/tutor firma a continuación.

Padre/tutor:

(Firma) (Nombre en Imprenta) (Fecha)

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento de manera voluntaria y autorizo plenamente los comunicados/las divulgaciones de acuerdo con esta autorización.

Participante: _____ (Firma) _____ (Fecha)

Testigo: _____ (Firma) _____ (Nombre en Imprenta) _____ (Fecha)

----- **Incapacidad Física** -----

Participante (marca): _____ La solicitud ha sido explicada completamente al participante _____ (Fecha)

Testigo: _____ (Firma) _____ (Nombre en Imprenta) _____ (Fecha)

Testigo: _____ (Firma) _____ (Nombre en Imprenta) _____ (Fecha)

ENVÍE LA INFORMACIÓN A SU OFICINA LOCAL:
UIC DIVISION OF SPECIALIZED CARE FOR CHILDREN
ATTN: Records