

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

### INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

Adulto legalmente responsable: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Adulto legalmente responsable: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### PERMISO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Al firmar este formulario doy permiso a los siguientes proveedores para intercambiar y divulgar mi historia clínica y expediente académico o el de mi hijo con la División de Atención Especializada para Niños (Division of Specialized Care for Children, DSCC) de la Universidad de Illinois en Chicago.

Esto incluye el intercambio y la divulgación de toda la información médica y educativa pasada, actual y futura relacionada con el participante.

Lea atentamente. Hágale saber a su equipo de coordinación de atención de la DSCC si tiene alguna pregunta.

Autorizo a los empleados, contratistas y voluntarios de:

### PROVEEDORES

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### TIPO DE INFORMACIÓN QUE LA DSCC VA A INTERCAMBIAR O RECIBIR

Los proveedores mencionados anteriormente pueden intercambiar o divulgar este tipo de información o registros con la DSCC. La DSCC también puede intercambiar este tipo de información con los proveedores mencionados.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médicos/Clínicos/Hospitalarios | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional/Terapia física                             |
| <input type="checkbox"/> Educación                      | <input type="checkbox"/> Estados financieros (para la asistencia financiera de la DSCC) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios del seguro médico   | <input type="checkbox"/> Fisioterapia/terapia ocupacional                               |
| <input type="checkbox"/> Habla/Audiología               | <input type="checkbox"/> Información demográfica  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                     |   |

Entiendo que los registros pueden contener la siguiente información confidencial:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidades de Desarrollo   | <input type="checkbox"/> Comportamiento Saludable/Salud Mental         |
| <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas o consejería | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias (drogas/alcohol)        |
| <input type="checkbox"/> Salud reproductiva             | <input type="checkbox"/> Información de pruebas/resultados de VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Abuso Sexual o Violación       |  |

### MOTIVO PARA INTERCAMBIAR LA INFORMACIÓN

La DSCC puede usar la información del participante con los siguientes fines:

- Coordinar la atención
- Revisar la elegibilidad médica para la DSCC
- Decidir el pago de atención a la DSCC
- Otro \_\_\_\_\_

### PERMISO PARA REPRODUCIR LA INFORMACIÓN

Al firmar a continuación doy permiso a la DSCC para reproducir toda la información pasada, actual y futura que la DSCC reciba mediante todas y cada una de las autorizaciones con los proveedores que identificó el participante. Esto incluye la autorización con las agencias y proveedores identificados anteriormente para los fines mencionados en este formulario.

Si me inscribí en Medicaid Illinois o en uno de los planes de atención administrado por Medicaid Illinois, autorizo a la DSCC a reproducir toda la información pasada, actual y futura con el Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois o con la organización de atención correspondiente administrada por Medicaid para la coordinación de atención, tratamiento y fines descritos anteriormente.

### LEA LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS CON ATENCIÓN

**ENTIENDO QUE:**

- Esta autorización es voluntaria. Puedo negarme a firmar este formulario. Negarse a firmar este formulario no afectará la capacidad del participante de recibir tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios de sus proveedores de atención médica. No firmar puede reducir la capacidad, calidad y puntualidad de los servicios del DSCC. Puede afectar su capacidad para inscribirse y recibir servicios de coordinación de atención del DSCC.
- Puedo retirarme o revocar esta autorización en cualquier momento, previa notificación por escrito a la DSCC. La revocación entra en vigor únicamente cuando la DSCC la recibe y reconoce.
- Tengo el derecho de examinar y solicitar una copia de cualquier información que se vaya a divulgar, revelar o reproducir.
- Puede que la información médica protegida que se divulga deje de ampararse en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

## FIRMAS

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se registre una fecha de caducidad diferente.

Fecha (mes/día/año): \_\_\_\_\_

## ADULTO LEGALMENTE RESPONSABLE

El adulto legalmente responsable debe completar esta sección.

Usted se considera un adulto legalmente responsable si:

- Es padre, madre o tutor legal del participante.
- Es participante y tiene 18 años o más.
- Es menor de 18 años y está casado, embarazada o legalmente emancipado.

Al firmar a continuación afirmo que soy el adulto legalmente responsable descrito anteriormente, doy mi consentimiento de forma voluntaria y autorizo plenamente la revelación/divulgación de conformidad con esta autorización.

**Adulto Legalmente Responsable:** \_\_\_\_\_  
(Firma del adulto legalmente responsable) (Fecha)

**Testigo:** \_\_\_\_\_  
(Firma del testigo) (Nombre del testigo en letra de imprenta) (Fecha)

## PARTICIPANTES MENORES DE EDAD, DE 12 a 17 AÑOS

Complete esta sección para los participantes que tienen entre 12 a 17 años. Si el participante es menor de 12 o mayor de 18 años no complete esta sección.

La siguiente información de un participante de 12 a 17 años (paciente menor de edad) está restringida de la siguiente manera:

La información sobre uso de drogas/alcohol, SIDA/VIH o control de natalidad/enfermedades de transmisión sexual/agresión sexual, así como cualquier otra información médica generada como resultado del consentimiento independiente y legalmente autorizado del menor participante para el tratamiento, requiere la firma del menor participante para esta revelación.

La información de salud mental o de discapacidades del desarrollo estará disponible después de que se haya presenciado la firma del menor participante o se haya presenciado la firma del padre, madre o tutor del menor participante, siempre que este tenga conocimiento y no se oponga a la divulgación. De lo contrario, la ley de Illinois solo permite que los padres o tutor del menor participante tengan acceso a su información limitada de salud mental o discapacidades del desarrollo.

Al firmar a continuación afirmo que soy el participante, doy mi consentimiento de forma voluntaria y autorizo plenamente la comunicación de conformidad con este consentimiento.

**Participante:** \_\_\_\_\_  
(Firma del participante) (Nombre del participante en letra de imprenta) (Fecha)

**Testigo:** \_\_\_\_\_  
(Firma del testigo) (Nombre del testigo en letra de imprenta) (Fecha)

El participante tiene un retraso cognitivo o no puede dar su consentimiento. En mi capacidad de adulto legalmente responsable, firmo a continuación.

Adulto Legalmente Responsable: \_\_\_\_\_  
*(Firma del adulto legalmente responsable)* *(Fecha)*

**FÍSICAMENTE INCAPAZ DE FIRMAR EL FORMULARIO**

Use esta sección si el participante es físicamente incapaz de firmar el formulario.

Participante (marca): \_\_\_\_\_  La solicitud ha sido explicada completamente al participante

Testigo: \_\_\_\_\_  
*(Firma del testigo)* *(Nombre de del testigo en letra de imprenta)* *(Fecha)*

Testigo: \_\_\_\_\_  
*(Firma del testigo)* *(Nombre de del testigo en letra de imprenta)* *(Fecha)*