



# Ascension

**INSTRUCCIONES: Usted debe completar esta autorización para revelar su información médica, como se indica. Complete todas las secciones. Las secciones que NO estén completas podrían demorar la revelación de información médica.**

SECCIÓN 1: Información del paciente			
Nombre completo del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Fecha de nacimiento: Mes _____ día _____ año _____	
Dirección del paciente (calle/apartamento/suite):		Ciudad:	Estado:      Código postal:
Número de teléfono:	Número de fax:	Número de Seguro Social (últimos 4) <b>XXX-XX- _____</b>	<b>PARA USO ADMINISTRATIVO ÚNICAMENTE:</b> Número de expediente médico/de consulta:

## SECCIÓN 2: Revelación de información médica

Autorizo a \_\_\_\_\_ para  Revelar       Obtener       Revelar y obtener  
(Nombre de la institución)

### Revelar a

Nombre de la institución/entidad/persona:			
Calle/Apartamento/Suite:		Ciudad:	Estado:      Código postal:
Número de teléfono:		Número de fax:	

### Obtener de

Nombre de la institución/entidad/persona:			
Calle/Apartamento/Suite:		Ciudad:	Estado:      Código postal:
Número de teléfono:		Número de fax ( <b>solo para la atención directa del paciente</b> ):	

## SECCIÓN 3: Propósito de la revelación

- Asuntos legales       Escuela       Atención/tratamiento posterior       Traslado/ubicación  
 Seguro       Uso personal       Otro (especifique) \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 4: Formato solicitado

- Papel       Medios electrónicos       Revelación verbal (solo para uso en programas de salud mental)

## SECCIÓN 5: Método de entrega

- Correo     Recogida     Fax     Correo electrónico seguro (dirección de correo electrónico) \_\_\_\_\_     Revelación verbal (solo para uso en programas de salud mental)

## SECCIÓN 6: Fechas de tratamiento

Fechas de tratamiento que se revelarán (es decir, fechas específicas [1/25/15] o un rango de fechas [de enero a julio de 2017]):

## SECCIÓN 7: Información médica/quirúrgica que se revelará (marque todas las opciones que correspondan)

- Resumen del expediente (historia y examen físico, expediente de la sala de emergencias, análisis, radiología, informe de operaciones, informe de anatomopatología, informe de consultas, resumen de alta y otras pruebas de diagnóstico)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informe de emergencias                     | <input type="checkbox"/> Notas de la clínica (especifique la clínica) _____            |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico                   | <input type="checkbox"/> Notas de rehabilitación o terapia (especifique el tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Consultas                                  | <input type="checkbox"/> Resumen prenatal _____  |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución                         | <input type="checkbox"/> Expediente completo   |
| <input type="checkbox"/> Informes de operaciones/procedimientos     | <input type="checkbox"/> Factura detallada   |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                  | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Resultados de anatomopatología             | <input type="checkbox"/> Resumen del alta  |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología                     |  |
| <input type="checkbox"/> Películas radiográficas/Imágenes digitales |  |
| <input type="checkbox"/> EKG/Pruebas de esfuerzo                    |  |

## Authorization for Release of Patient Health Information



**SECCIÓN 8: SE DEBE COMPLETAR el consentimiento específico PARA TODAS LAS SOLICITUDES**

Si parte de la información altamente confidencial listada abajo está en el expediente médico solicitado, autorizo específicamente el uso o la revelación de esta información marcando las casillas de abajo, si corresponde a esta autorización.

- Información sobre atención y tratamiento mental/conductual
- Información sobre atención y tratamiento por del trastorno por consumo de sustancias
- Información sobre pruebas psicológicas
- Información sobre pruebas o tratamiento de VIH/sida
- Embarazo (las pacientes mayores de 12 años deben autorizar esta revelación)
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual
- Información sobre pruebas genéticas
- Información sobre abuso/agresión sexual
- Información sobre abuso o abandono infantil
- No corresponde a esta autorización

**SECCIÓN 9: Información sobre el tratamiento de salud conductual/trastorno por consumo de sustancias que se revelará**

**Marque todas las opciones que correspondan:**

Hospitalización: Se dará un resumen del expediente, que incluye resultados de pruebas, historia y examen físico, evaluación psiquiátrica, consultas, resumen del alta y resumen del expediente médico, a menos que se especifique otra cosa.

<input type="checkbox"/> Historia y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Fechas de ingreso y alta	<p style="text-align: center;"><b>Departamento de Educación</b></p> <input type="checkbox"/> Diagnóstico psiquiátrico <input type="checkbox"/> Asistencia/matricula <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico <input type="checkbox"/> Diagnóstico de trastorno de conducta <input type="checkbox"/> Información sobre el tratamiento <input type="checkbox"/> Atención de seguimiento <input type="checkbox"/> Información sobre tareas <input type="checkbox"/> IEP del Plan 504
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Notas de evolución	
<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos	
<input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	
<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica	<input type="checkbox"/> Resultados de radiología	
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Evaluación (especifique el tipo) _____	
<input type="checkbox"/> Factura detallada	<input type="checkbox"/> Informes de conducta/Historia del paciente	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		

**SECCIÓN 10: Fecha de vencimiento de la autorización**

Esta autorización está aprobada para:       Este caso solamente       60 días después la fecha de la firma

1 año después de la fecha de la firma (solo para expedientes de salud mental)      \*Solo es válida en este caso si no se selecciona ninguna opción.

**SECCIÓN 11: Información importante**

**He leído y comprendo las siguientes declaraciones:**

*Nota: Si la autorización es para la revelación de expedientes de salud mental, debe tener una fecha natural de vencimiento o la información solo se revelará en la fecha que se reciba la solicitud. Si esta autorización es para atención médica/quirúrgica o investigación, la fecha de vencimiento no es necesaria.*

**Comprendo** que mi información médica se puede compartir con otros proveedores de atención médica de Ascension Illinois para la coordinación del tratamiento y la atención.

**Comprendo** que tengo derecho a revisar y obtener una copia de mi información médica.

**Comprendo** que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento presentando un aviso escrito en el consultorio del médico o en el **Departamento de Administración de Información Médica del hospital donde se guarda mi información médica**. Comprendo que mi cancelación entrará en vigor cuando el Departamento de Administración de Información Médica reciba mi aviso escrito.

**Comprendo** que mi cancelación no tendrá ningún efecto sobre la información médica revelada antes de que el Departamento de Administración de Información Médica recibiera mi aviso escrito.

**Comprendo** que la información médica usada o revelada podría estar sujeta a una nueva revelación del destinatario y dejar de estar protegida por la ley de privacidad.

**Comprendo** que, según la Ley de confidencialidad de salud mental y discapacidades del desarrollo de Illinois o la Ley de confidencialidad de expedientes de pacientes con abuso de alcohol y sustancias, la información no puede revelarse otra vez, a menos que la persona que autorizó esta revelación autorice específicamente la nueva revelación.

**Comprendo** que no presentar toda la información necesaria en este formulario de autorización no constituirá una autorización correcta para revelar información médica protegida, incluyendo la negativa a firmar esta autorización, y que, por lo tanto, mi solicitud podría no respetarse.

**Comprendo** que la negativa a firmar esta autorización no afectará a ninguna condición de mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios.

**SECCIÓN 12: Firmas**

- \* **Los pacientes de 12 a 17 años** deben firmar por la información de salud conductual, consumo de sustancias, VIH/sida, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y control de la natalidad.
- \*\* **El representante o tutor legal** debe adjuntar una orden judicial u otra documentación que designe su estado legal, según corresponda.
- \*\*\* Se requiere la **firma de un testigo** que pueda certificar la identidad del firmante autorizado para revelar cualquier información de salud mental o de discapacidad del desarrollo. El testigo no puede ser la misma persona que el firmante autorizado.

\_\_\_\_\_      / /      \_\_\_\_\_      / /  
 \*Firma del paciente      Fecha      \*\*\* Firma del testigo      Fecha

\_\_\_\_\_      / /      \_\_\_\_\_      / /  
 \*\*Firma del padre, madre, representante legal o tutor legal      Fecha      Relación del padre, madre, representante legal o tutor legal

