

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

(Authorization For Release of Protected Health Information)

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE/PACIENTE

Nombre legal (nombre, segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Enumere los alias o nombres anteriores que haya usado: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Correo electrónico (a menos que se especifique lo contrario, los registros se enviarán por correo electrónico seguro): _____

2. PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN

☐ Personal ☐ Legal ☐ Continuidad del cuidado ☐ Otro (especificar): _____

3. ¿A QUIÉN QUIERE QUE SE REVELE SU INFORMACIÓN? (seleccionar solo uno)

☐ Preferred Family Healthcare y afiliados

☐ Otro (especificar): Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

4. ¿A QUIÉN QUIERE QUE SE ENTREGUE SU INFORMACIÓN? (seleccionar solo uno)

☐ Yo mismo (cliente/paciente) ☐ Tutor legal ☐ Representante legal

☐ Otro (especificar): Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

5. MÉTODO DE ENTREGA

☐ Correo de EE. UU. (dirección): _____

☐ Dirección de correo electrónico segura: _____ ☐ Número de fax: _____

☐ Recogida en el lugar (especificar): _____ ☐ Comunicación verbal

☐ Otro: _____

6. VENCIMIENTO

A menos que se revoque lo contrario, esta autorización vencerá en 1 (un) año a partir de la fecha de la firma o en:

ATENCIÓN: Los residentes de ILLINOIS deben ingresar una fecha de vencimiento.

☐ Fecha de vencimiento: _____ o ☐ Evento de vencimiento: _____

7. PLAZO Y TIPO DE REGISTROS QUE SE REVELARÁN

Período de tiempo (seleccionar uno)

☐ Todos los registros dentro de estas fechas de servicio (mm-dd-aaaa) _____ a _____

☐ Todos los registros pasados, presentes y futuros

Tipo de registros:

☐ Expediente completo ☐ Lista de medicamentos ☐ Vacunas

☐ Fechas de tratamiento/servicio ☐ Resultados de laboratorio ☐ Planes de tratamiento ☐ Vivienda

☐ Evaluaciones Psicológicas ☐ Evaluaciones ☐ Informes de imágenes ☐ Empleo

☐ Exámenes metabólicos/de salud ☐ Notas de progreso ☐ Resumen de alta ☐ Informes

☐ Progreso hacia las metas ☐ Plan de Crisis/Seguridad ☐ Diagnósticos (Tribunal/Escuela/
Libertad condicional)

☐ Otro (especificar): _____

☐ Autorizo la divulgación de cualquiera de los registros marcados arriba que tengan información relacionada con el consumo de alcohol/sustancias, incluyendo las pruebas de detección de drogas en orina, los resultados de las pruebas de drogas y el incumplimiento del tratamiento.

☐ Autorizo la revelación de cualquiera de los registros marcados arriba que puedan indicar la presencia de enfermedades transmisibles, no transmisibles o venéreas, incluyendo, entre otras, el VIH/SIDA.

8. FIRMA Y FECHA: Lea atentamente las siguientes declaraciones antes de firmar este formulario.

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que la agencia haya confiado en ella, mediante la ejecución de una revocación electrónica por escrito, o mediante la notificación por escrito de la revocación a: Departamento de Información Médica (Health Information Department), 1111 S. Glenstone Ave., Springfield, MO 65804. La información utilizada o revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley. 42 CFR Parte 2 prohíbe otra revelación no autorizada de los registros de tratamiento de trastornos por consumo de alcohol/sustancias. Es posible que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estén condicionados a si usted firma o no esta autorización. Puede pedir una copia de esta autorización firmada y tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia del material que se revelará. Podemos cobrar por copias de registros de acuerdo con la ley estatal. Nota: Un paciente/cliente (mayor de 18 años) debe autorizar la revelación de sus propios registros a menos que esté incapacitado o haya fallecido. Si firmo para un menor, por la presente declaro que ningún tribunal de justicia ha revocado mis derechos de paternidad. Situaciones específicas pueden requerir la autorización del menor. **Se requieren las fechas de las firmas (dd/mm/aaaa).**

Firma del Cliente/Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Tutor/Rep. legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____	Relación con el Cliente/Paciente: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal ☐ Representante legal autorizado
---------------------------------	--

Firma del único testigo de ILLINOIS: _____ Fecha: _____

☐ Marque esta casilla si el cliente/paciente ha fallecido.

IMPORTANTE: El cliente o tutor debe inicialar las modificaciones de las autorizaciones con modificaciones. Las modificaciones que no se inicialen no serán válidas.

INSTRUCCIONES: Al recoger las copias en persona, se requerirá una identificación con foto, así como una copia de cualquier documentación legal que verifique el derecho legal a pedir dicha información.

Sección 1: Escriba el nombre del cliente/paciente, incluyendo los alias o nombres anteriores usados, la fecha de nacimiento y la dirección. Marque la casilla si el cliente/paciente ha fallecido.

Sección 2: Indique el motivo por el cual se pide la información. Para que el cliente/paciente pueda acceder a sus propios registros, marque personal.

Sección 3: Indique a quién le está pidiendo la información.

Sección 4: Indique a quién quiere que se revele la información. Si el cliente/paciente es menor de edad, indique el nombre y la dirección del tutor legal. Solo se puede seleccionar una opción.

Sección 5: Indique cómo desea que se entregue la información al destinatario.

Sección 6: Mencione una fecha de vencimiento o evento en el que vencerá la autorización. Un evento puede incluir cosas tales como, 60 días después del alta de todos los servicios, 30 días después de la liberación de la libertad condicional, etc. Si no se menciona fecha/evento, la autorización vencerá en 1 (un) año a partir de la fecha en que se firme.

Sección 7: Indique el rango de fechas de los registros que está solicitando. Si desea liberar una serie de visitas que se extiendan en el futuro, puede marcar la casilla para la opción de "pasado, presente y futuro". Marque el tipo de registros solicitados. Si se selecciona "Registro completo", se presentará lo siguiente para el período de tiempo designado si está presente en el registro: Antecedentes y exámenes físicos e informes; lista de medicamentos, evaluación previa a la admisión, notas de progreso, plan de tratamiento y actualizaciones del plan de tratamiento, recetas y órdenes médicas, signos vitales, plan de transiciones/cuidados posteriores, resumen de alta, registros de administración de casos, remisiones, evaluación integral y evaluación psiquiátrica, pruebas diagnósticas y resultados de laboratorio. Puede limitar la cantidad de información dada marcando solo las casillas correspondientes de la información necesaria o especificando en la casilla "Otro". Los registros relacionados con el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol o sustancias, el VIH/SIDA o las enfermedades transmisibles deben estar específicamente autorizados. Marque estas casillas si desea autorizar la revelación de estos registros/información.

Sección 8: Lea las revelaciones, firme y ponga la fecha en la autorización. Si el que firma no es el cliente/paciente, incluya documentación legal, escriba el nombre completo e indique la relación con el cliente/paciente. Situaciones específicas pueden requerir la autorización de un menor. Los residentes de Illinois deben obtener la firma de un testigo.

Si tiene preguntas, comuníquese con ROI/Registros médicos a la dirección/número de teléfono que se indica abajo.

833-763-0418 | Fax: 660-677-4005 | medicalrecords@pfh.org