



**LOYOLA
MEDICINE**

A Member of Trinity Health

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de seguro social (últimos 4 dígitos) XXX-XX-____

El suscrito por la presente solicita al director de Registros Médicos o su representante de:

- Loyola University Medical Center
- Gottlieb Memorial Hospital
- MacNeal Hospital
- Clínica de Loyola Medicine (especificar centro) _____

divulgar y proporcionar esta información solicitada a la persona/centro que se indica a continuación, y lo autoriza a hacerlo. Existe la posibilidad de que esta persona/centro vuelva a divulgar esta información, la cual ya no estará protegida por las leyes federales/estatales vigentes que rigen el uso y la divulgación de su información de salud:

Nombre de la persona/centro que recibirá la información divulgada: _____

Dirección (ciudad/estado/código postal): _____

Número de teléfono: _____

Fechas de tratamiento/servicio que se divulgarán: _____

Propósito para el cual se divulgará esta información:

- Continuidad de la atención
- Uso personal
- Abogado/Caso legal
- Discapacidad
- Seguro
- Otro (especificar): _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA: (marcar todas las opciones que correspondan)

- Resumen (resumen del alta, informe operatorio, antecedentes y examen físico, informe escrito de radiología, resultados de laboratorio y consultas, si corresponde)
- Registro médico general (información del resumen anterior y, por ejemplo, órdenes, notas y registros de atención interdisciplinaria archivados hasta la fecha)
- Resultados de laboratorio
- Registros ambulatorios
- Registro de la sala de emergencias
- Informe de cateterismo cardíaco
- Registro de vacunación
- Informe operatorio
- Informe escrito de patología
- Informe escrito de radiología
- Placas/imágenes digitales e informe escrito de radiología (retirar en Radiología)
- Láminas/muestras de patología (retirar en Patología)
- Otro (especificar): _____

MI INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL: Al marcar cualquiera de las casillas junto a una categoría de información altamente confidencial que figuran a continuación, autorizo específicamente el uso o la divulgación de la categoría de información altamente confidencial indicada junto a esa casilla marcada si dicha información se usará o divulgará de conformidad con la presente Autorización.

- Información sobre salud psiquiátrica/mental, retraso mental o discapacidades del desarrollo (se requiere la firma conjunta del padre/tutor para la divulgación de información psiquiátrica de pacientes de 12 a 17 años de edad)
- Pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH y sida (incluso si se solicitó o realizó una prueba de VIH o se informó sobre esta, independientemente de si los resultados fueron positivos o negativos)
- Enfermedades transmisibles, incluidos los diagnósticos/resultados de laboratorio/tratamientos de enfermedades de transmisión sexual
- Diagnóstico/tratamiento de consumo o adicción al alcohol/drogas
- Maltrato y abandono de menores
- Maltrato doméstico por parte de un adulto
- Agresión sexual
- Pruebas genéticas

Debe confirmar que está marcando estas categorías firmando a mano aquí: _____

Esta autorización es válida hasta ____/____/____

Cualquier consentimiento otorgado en relación con los registros de consumo de sustancias tendrá una duración no mayor de la razonablemente necesaria para cumplir el propósito para el cual se otorga. Tiene derecho a revocar esta autorización; sin embargo, esa revocación no se aplicará a los usos y divulgaciones de su información que se describan en el Aviso de Prácticas de Privacidad del centro indicado anteriormente o que de otro modo sean permisibles según las leyes federales o estatales. En caso de revocación, cualquier uso previo de alguna información hasta la fecha de esa acción no puede retractarse.

Sé que puedo revisar o copiar la información de salud protegida que se solicita para usar o divulgar en esta autorización según lo permitido por las regulaciones federales de privacidad. He tenido la oportunidad absoluta de leer y considerar el contenido de esta autorización, y confirmo que los consentimientos están en consonancia con mis indicaciones. Entiendo que al firmar este formulario confirmo mi autorización para que puedan usar o divulgar mis registros médicos descritos en este formulario a las personas u organizaciones aquí nombradas. Para revocar esta información, escriba al director de Registros Médicos a Loyola University Health System, 2160 S. First Avenue, Maywood, Illinois 60153. Incluya una copia de esta autorización en su correspondencia.

Firma del paciente/representante: _____ **Fecha:** _____



**LOYOLA
MEDICINE**

A Member of Trinity Health
(CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

Indique su relación con el paciente si este no puede firmar o la autoridad que tiene para actuar en nombre del paciente. Debe presentar prueba de relación o autoridad para actuar en nombre de este paciente: _____

Si el paciente no puede firmar, marcará esta divulgación con una "X" y en presencia de dos (2) testigos, quienes deben poner a continuación sus firmas y la fecha:

Firma del testigo: _____ Fecha _____

Firma del testigo: _____ Fecha _____

NOTA: NO PODEMOS CONDICIONAR EL TRATAMIENTO A SU FIRMA DE ESTA AUTORIZACIÓN.

SOLO PARA ABOGADOS:

Si usted es un abogado que hace esta solicitud de conformidad con una citación legal, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, en ausencia de la autorización del paciente o una orden judicial, debe proporcionar una garantía satisfactoria de que el paciente fue notificado con suficiente antelación y oportunidad para objetar esta divulgación de información protegida.

(MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

YA SEA QUE:

- Hizo un esfuerzo de buena fe (como enviar un aviso a la última dirección conocida de la persona) para proporcionar un aviso por escrito a la persona que es el sujeto de esta solicitud, Y
- El aviso identifica el litigio en cuestión con suficiente especificidad para permitir que la persona presente una objeción, Y
- El tiempo para presentar una objeción pasó y no se presentó ninguna, o si se presentó, se resolvió para permitir la divulgación.

O QUE:

- En lugar del aviso, se hicieron esfuerzos razonables para asegurar una orden de protección calificada, Y
- Las partes acordaron la orden de protección calificada y la presentaron ante la corte o un tribunal administrativo, O
- La parte que solicita la información pidió una orden de protección calificada de la corte o un tribunal administrativo.

Adjunte cualquier documentación escrita para apoyar a los representantes que figuran en este formulario.

CERTIFICACIÓN DEL ABOGADO

Por la presente, reconozco que el paciente/sujeto o el representante legal del paciente/sujeto (padre o tutor) fue notificado con suficiente antelación y oportunidad para objetar esta divulgación de información de salud protegida y que no se recibió una objeción ni una respuesta. También declaro que la información de salud protegida solicitada cumple con el estándar mínimo necesario descrito en la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Firma del abogado: _____ Fecha: _____

Dirección del estudio jurídico: _____

Ciudad/estado/código postal: _____ Número de teléfono: _____

Prohibición de nueva divulgación (si corresponde)

Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por regulaciones federales de confidencialidad (CFR 42, parte 2). Las regulaciones federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida en el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o en el CFR 42, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por consumo de alcohol o drogas.

Cualquier información sobre salud mental, consumo de sustancias, pruebas genéticas, VIH/sida, enfermedades transmisibles, maltrato infantil, maltrato doméstico o agresión sexual divulgada por el centro que libera los registros médicos de conformidad con la autorización no podrá divulgarse más.