

**All Hands Health Network**

**Consentimiento y autorización para compartir información**

**Instrucciones**: *Lea toda la información de este formulario antes de firmarlo. Está recibiendo este formulario porque se le ha invitado a participar en la red de salud All Hands Health Network ("AHHN"). Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago ("Lurie Children's") es el principal organizador de la AHHN. Este formulario explica cómo se compartirá la información de salud del participante con los proveedores de AHHN. Los participantes de 12 a 17 años también deben firmar este formulario.*

**Consentimiento para participar:** Usted acepta participar en la AHHN para recibir servicios de coordinación de recursos.Los proveedores de la AHHN utilizarán su información de salud para ponerle en contacto con servicios y recursos, emitir ordenes de derivación médica y llevar a cabo otras actividades relacionadas con la atención médica. Las actividades también pueden incluir servicios para ayudar a coordinar su atención.

**Destinatarios de la información:** La AHHN es una red de proveedores clínicos, proveedores de servicios, navegadores de servicios y recursos comunitarios ("Proveedores de la AHHN"). Su objetivo es el de brindarle una mejor atención. Aquí puede encontrar la lista completa de proveedores de la AHHN: <https://allhandshealthnetwork.luriechildrens.org>. La lista de proveedores de AHHN se actualizará a medida que se añadan nuevos servicios y recursos.

**Su información de salud:** Los proveedores de AHHN obtendrán información de salud sobre el participante. Esta información puede incluir tratamientos médicos anteriores, antecedentes familiares, imágenes médicas, resultados de pruebas, vacunas y lesiones. Su información de salud también puede contener información acerca de: información de salud relacionada con el VIH/SIDA; información sobre enfermedades de transmisión sexual; información sobre agresión/abuso sexual; información sobre control de la natalidad; información sobre embarazos; información sobre abuso/negligencia infantil; información sobre salud mental y del comportamiento; información sobre el uso de drogas/alcohol; y/o información de programas de tratamiento de uso de sustancias. Los proveedores de AHHN compartirán la información de salud a través de sistemas electrónicos seguros de intercambio de datos proporcionados por Lurie Children’s. Los proveedores de AHHN también pueden usar I-CARE. I-CARE es un programa del Departamento de Salud Pública de Illinois para compartir información sobre vacunas con proveedores médicos.

**Vencimiento:** Esta Autorización vencerá el 31 de diciembre de 2027, a menos que usted la cancele antes. Tiene el derecho de revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento. Para revocar (cancelar) la Autorización, puedo ponerme en contacto con [allhands@luriechildrens.org](mailto:allhands@luriechildrens.org) o llamar al 312-371-3044. El hecho de cancelar su Autorización puede limitar su capacidad para participar en la AHHN. Si cancela su Autorización, esto no aplicará a la información que ya ha sido compartida y utilizada. Sus proveedores pueden usar su información de salud con fines de facturación.

**Autorización para compartir información:** Le solicitamos que firme este formulario porque ayudará a los proveedores de la AHHN a coordinar el acceso a los recursos. Los proveedores de AHHN pueden compartir su información con otros recursos no relacionados con la atención médica que pueden brindarle otros servicios. Una vez compartida, es posible que parte de la información no esté protegida por las leyes de privacidad. Sin embargo, la ley de Illinois no permite que los proveedores de atención médica compartan información médica confidencial como SIDA/VIH, pruebas genéticas, salud mental e información sobre discapacidades del desarrollo, excepto en ciertas situaciones. Sus proveedores de la AHHN pueden recibir pagos de un tercero en relación con el uso de su información de salud. Usted tiene el derecho de examinar y recibir una copia de cualquier tipo de información acerca de salud mental, abuso de drogas y alcohol o servicios de discapacidades del desarrollo que se divulguen según lo acordado en la presente Autorización. Si usted no firma este formulario, limitará su capacidad para participar en la AHHN.

***Aviso para las personas que reciben información sobre el uso de sustancias (abuso de alcohol y drogas) y/o sobre la salud mental:***

*La confidencialidad de los expedientes de pacientes sobre el abuso del alcohol y las drogas, y sobre la salud mental, que se le divulgan a usted conforme a esta autorización, está protegida por la ley y normas federales, así como por la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act). En general, usted no puede revelar la identidad del paciente, o cualquier información que identifique al paciente como alguien que abusa del alcohol o de las drogas, o como beneficiario de servicios de salud mental, a menos que: (a) el paciente lo consienta por escrito; (b) la divulgación esté permitida por mandato judicial; o (c) la divulgación se haga al personal médico en una situación de atención médica de urgencia o al personal calificado para propósitos de una investigación clínica, una auditoría o un programa de evaluación. La violación de las leyes o normas federales es un crimen.*

**Firma electrónica:** Al escribir mi nombre a continuación, estoy de acuerdo en que:

* He leído este formulario.
* Acepto participar en All Hands Health Network ("AHHN") para recibir servicios de coordinación de recursos.
* Autorizo el uso de mi información de la manera descrita.
* Si tengo preguntas, entiendo que puedo llamar al 312-371-3044 para recibir más información.
* Los proveedores de AHHN (enumerados en <https://allhandshealthnetwork.luriechildrens.org>) pueden compartir mi información de salud de la manera en que se describe en este formulario.



*Al escribir mi nombre arriba, doy fe de que soy el padre/la madre/tutor y firmo a nombre propio.*



*Al escribir mi nombre arriba, doy fe de que soy el participante y firmo a nombre propio.*