

225 E. Chicago Ave, Box 301  
Chicago, IL 60611  
Phone: 312.227.7700  
Fax: 312.227.9059



**Authorization for Release of Patient Health Information – CCE**

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Por medio de la presente autorizo que las siguientes personas intercambien la información médica confidencial del paciente cuyo nombre aparece arriba:**

**De/Para:**

Lurie Children's Health Partners  
Care Coordination, LLC  
225 East Chicago Ave.  
Chicago, IL 60611

**De/Para:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**El tipo de información se usará o divulgará de la siguiente manera:**

Información médica escrita o verbal, así como los expedientes médicos relevantes a las personas mencionadas que participan en el cuidado del paciente.

**La información cuya divulgación autorizo se deberá utilizar para el siguiente propósito:**

Permitir que la(s) persona(s) mencionada(s) proporcionen y reciban información relevante para su participación en el cuidado del paciente, y facilitar la coordinación de la atención que el mismo recibe.

**Los siguientes ítems de alta confidencialidad se deben marcar para divulgarse:**

- Información o expedientes médicos relacionados con el VIH/SIDA (*los pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Información o expedientes médicos relacionados con el comportamiento o la salud mental (*los pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Información acerca de alguna enfermedad venérea (*los pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Embarazo (*las pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Métodos anticonceptivos (*las pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Información acerca del diagnóstico, el tratamiento o la remisión relacionados con la drogadicción o el alcoholismo (*los pacientes de 12 años o mayores deben autorizar la divulgación de este tipo de información*)
- Información o expedientes médicos relacionados con pruebas genéticas
- Información acerca de agresión/abuso sexual
- Información acerca del abuso y negligencia infantiles
- Abuso doméstico de un adulto que padezca una discapacidad

**Esta autorización se vence:**

Fecha: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_. De no especificarse lo contrario, esta autorización para la divulgación de datos se vencerá 30 días a partir de la fecha en que fue firmada.

225 E. Chicago Ave, Box 301  
Chicago, IL 60611  
Phone: 312.227.7700  
Fax: 312.227.9059



**Authorization for Release of Patient Health Information – CCE**

**Autorización para la divulgación de la información médica del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

A menos que sea revocada, la presente autorización se vencerá 30 días después de haber sido firmada o 30 días después de la fecha anteriormente indicada.

Comprendo que la autorización para el uso o la divulgación de la información anteriormente identificada es voluntaria. No necesito firmar este formulario para garantizar tratamiento médico.

Comprendo que una vez que Lurie Children's Health Partners Care Coordination, LLC ("LCHPCC") divulgue mi información médica al destinatario, LCHPCC no podrá garantizar que el destinatario no la divulgue a su vez a terceras personas. Es posible que no se requiera que dichas terceras personas se apeguen a las cláusulas de esta Autorización o a las leyes federales o del estado de Illinois que rijan el uso y la divulgación de mi información médica.

Comprendo que tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, deberé hacerlo por escrito y presentarlo a LCHPCC. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro médico cuando la ley le extienda el derecho a impugnar alguna denuncia en mi póliza.

Comprendo que LCHPCC podría, directa o indirectamente, recibir remuneración de una tercera persona en conexión con el uso o divulgación de mi información médica.

Bajo disposición de la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (*Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act*) o de la Ley de Confidencialidad de Expedientes respecto al Abuso de Alcohol y Drogas (*Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records Act information*), no se podrá volver a divulgar la información a menos que la persona que haya autorizado dicha divulgación autorice específicamente que se divulgue de nuevo.

Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia de cualquier tipo de información acerca de la salud mental, el abuso de drogas y alcohol o los servicios de discapacidades del desarrollo que se divulguen según lo acordado en la presente Autorización.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y la divulgación de mi información médica. Por medio de la presente y con mi firma autorizo voluntaria y conscientemente que LCHPCC use o divulgue mi información médica tal como se describió anteriormente.

**Nombre en letra de molde del paciente o tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha/Hora:** \_\_\_\_\_

*(A fin de poder autorizar la divulgación de información relacionada con la salud mental, el VIH/SIDA, la drogadicción y el alcoholismo, las enfermedades venéreas, el embarazo y métodos anticonceptivos, los pacientes de 12 años de edad o más deben firmar)*

**Si la firma es la del tutor legal, escriba su parentesco con el paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha/Hora:** \_\_\_\_\_

**Intérprete (si corresponde)** \_\_\_\_\_ **Fecha/Hora:** \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA LA DIVULGACIÓN INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD MENTAL:**

**Testigo:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente de 12 años o más:** \_\_\_\_\_

*(Un testigo debe estar presente a fin de autorizarse la divulgación de la salud mental)*

**Fecha/Hora:** \_\_\_\_\_

**Fecha/Hora:** \_\_\_\_\_

(for office use only) (sólo para uso interno)

**Signature of Lurie Children's Health Partners Care Coordination, LLC (LCHPCC) Staff:** \_\_\_\_\_

**Date/Time:** \_\_\_\_\_

*(LCHPCC Staff has checked the identification of the signer and ensured that this is the legal representative who has rights of access)*