

**SISTEMAS DE SALUD CONDUCTAL DE STREAMWOOD  
AUTORIZACION PARA USO O DIVULHACION DE INFORMACION**

**PARA EL DESTINATARIO DE LA INFORMACION**

Si alguno de los registros solicitados contiene información relativa a tratamientos de alcoholismo o drogadicción, tal información estará protegida por las leyes federales de confidencialidad (Artículo 42, parte 2 del Código de Reglamentaciones Federales [CFR, pos sus siglas en ingles]). Las leyes Federales le prohíben relevar esta información a terceros salvo que el titular de esa información autorice expresamente por escrito su uso o divulgación o en los casos permitidos por el artículo 42 parte 2 del CFR. En estos casos, NO será suficiente contar con una autorización general para el uso o divulgación de información médica o de otro tipo de información. Las reglamentaciones Federales restringen el uso de la información para llevar a cabo investigaciones penales o procesar a un paciente adicto a las drogas o alcohol.

Por el presente, autorizo a: **STREAMWOOD BEHAVIORAL HEALTHCARE SYSTEM**  
1400 E. Irving Park Road, Streamwood, IL 60107-(800) 272-7790

Para que utilice o divulgue la información médica o historia clínica obtenida durante el tratamiento de:

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

1. La información podrá utilizarse o divulgarse a las siguientes personas u organizaciones:

Nombre de la persona o entidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

2. Propósito: El uso o divulgación de la información se realiza con los siguientes fines:

- Tratamiento, pago u otros procesos operativos
- Continuidad de la atención o gestión de casos clínicos
- Otro: \_\_\_\_\_

3. Personas autorizados y información que se utilizara o divulgará :

La información a ser utilizada o revelada por los proveedores de tratamiento de SBHS, Servicios de Información de Salud, o liaison comunitaria incluye sólo aquellos artículos revisados por debajo, respecto de los servicios prestados alrededor de la siguiente fecha (incluir fechas de servicios): \_\_\_\_\_. En caso de dejarse en blanco esta línea, esta autorización comprenderá las fechas de tratamiento desde la preadmisión hasta el alta y la resolución de reclamaciones.

Entiendo que esta autorización se aplica a la totalidad o a una parte de los registros o información indicados a continuación que pueden incluir el tratamiento de enfermedades físicas o mentales, drogadicción y alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual, diagnostico y resultados de pruebas de VIH o sida. La información que utilizara o divulgará comprende:

- |  |   |
|--|---|
| ____ Resumen de Alta   | ____ Pruebas de Laboratorio/EEG/EKG                                 |
| ____ Registro de Transición  | ____ Exámenes Psicológicos  |
| (Orden de Alta, Plan de Alta, Parte 1-3, Plan de Seguridad de Crisis, Recomendación de la Directiva) | ____ Historial de Exámenes Físicos                                  |
| ____ Postoperatorio  | ____ Reportes de Consultas  |
| ____ Análisis Integrado  | ____ Reportes de Progreso Académico (educativo)                     |
| (Enfermería A&R y Servicio Social)   | ____ Tareas Escolares   |
| ____ Evaluaciones Psiquiátricas  | ____ Registro de Medicamentos                                       |
| ____ Ordenes Médicas   | ____ Formulario de Consentimiento                                   |
| ____ Notas Médicas de Progreso   | ____ Directivas de recomendación/Documentación legal                |
| ____ Notas Terapéuticas de Progreso/Servicio social  | ____ Comunicación Verbal Sin Restricciones                          |
| ____ Notas de Progreso Enfermería/   | ____ Restricciones comunicación Verbal:                             |
| Comportamiento y Reporte de Progresos del Técnico  | ____ Limitarse a cotejar áreas arriba indicadas                     |
| ____ Plan de Tratamiento   | ____ Restricciones específicas de Individuos o Departamentos: _____ |
| ____ Otros: _____  |   |

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

Nombre de la persona o entidad \_\_\_\_\_

Esta autorización solo comprende la información que indique arriba que podrá ser utilizada o divulgada a las personas o establecimientos indicados en el presente. Por el presente, eximo a Streamwood Behavioral Health Systems de toda responsabilidad legal que pudiera surgir por el uso o la divulgación de la historia clínica u otro tipo de información medica contemplada en esta autorización.

Si el paciente fuera menor de edad, se deberá cumplir con lo dispuesto por la ley del estado en referencia a los autorizados a firmar. Streamwood Behavioral Health Systems no condicionara el tratamiento, el pago ni la admisibilidad para recibir prestaciones a la firma de presente autorización.

1. **Caducidad:** Entiendo que salvo que decida revocar esta autorización en forma anticipada, esta caducara automáticamente a los 180 días de la fecha de su firma.
2. **Nuevas divulgaciones:** Entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización podría dejar de estar protegida por la ley federal y podría ser objeto de otros usos o divulgaciones por parte del receptor.
3. **Negativa a firmar:** Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que Streamwood Behavioral Health Systems no condicionara el tratamiento a la firma de la presente autorización.
4. **Certificación:** Certifique que soy (marque el que corresponde):
  - el paciente y que el documento de identidad que he presentado es fiel y valido.
  - El representante autorizado del paciente y que el documento de identidad y la prueba de mi facultad para representar al paciente que he presentado son fieles y validos. La relación que tengo con el paciente es la de:  
 “ \_\_\_\_\_ ”.
5. **Revocación:** Tengo derecho a detener el uso o la divulgación de información en cualquier momento, si bien entiendo que no hay nada que pueda hacer respecto de la información que ya se hubiera utilizado o divulgado en virtud de esta autorización.
6. **Copia:** Entiendo que recibiré una copia de este formulario complete.
7. **Inspección y copiado:** Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y realizar copias de la información que se divulgará.

\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Firma del paciente – *Paciente mayor de 12 anos*)

\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Testigo de la firma del paciente) (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Firma del representante personal) (Nombre en letra de imprenta)  
*(Padre, guardián, o agente autorizado del DCFS)*

\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Testigo de la firma del representante personal) (Nombre en letra de imprenta)

**(INTERNAL USE ONLY) (EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO)**

- Patient refused signature upon admission.  Patient is unable to sign upon admission.
- Signature is absent, however, verbal consent has been obtained.  Patient Verbal Consent
  - Parent/Guardian Verbal Consent
  - Parent/Guardian Printed Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Staff) (Date Consent Received)

**(HEALTH INFORMATION SERVICES)**

I have received \_\_\_\_\_ as documentation that verifies the relationship with the patient and the authority to receive health information on behalf of the patient.

\_\_\_\_\_  
(Employee Signature) (Printed Name) (Date)