

**Streamwood Behavioral Healthcare System**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**  
**PROTEGIDA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombres anteriores: \_\_\_\_\_ Ultimos 4 de SS#: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Telefono actual: \_\_\_\_\_

**Para ser liberado o solicitado a:**

- propio (dirección anterior)  
 - \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Agencia/Organización Número de teléfono Dirección  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre/Atención a Número de fax Ciudad Estado Código postal

Vía (solo cuando se libera en):  Correo  Fax  Recogida  Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Intercambio verbal de información SOLAMENTE

Estoy solicitando la divulgación de mi información médica protegida para el siguiente propósito:  Atención continua  
 Facturación/Seguro  Custodia de hijo  Uso personal  Académico  Investigación Legal  Determinación de discapacidad  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Fechas de servicio solicitado:** \_\_\_\_\_

- Autorizo la divulgación de la siguiente información, incluyendo todos los registros que incluyen cualquier trastorno por uso de sustancias y/o registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, o  
 Autorizo la divulgación de la siguiente información, excluyendo todos los registros que incluyen cualquier trastorno por uso de sustancias y/o registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias,

**Solo la información y registros que se indican a continuación (marque todo lo que corresponda y especifique si marco "Otro"):**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta   | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico                  | <input type="checkbox"/> Evaluacion psicologica                      | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA             |
| <input type="checkbox"/> Paquete de Continuidad/Transición de Atención               | <input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico        | <input type="checkbox"/> Historia y Físico                           | <input type="checkbox"/> Resultados/Registros |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de cuidados posteriores                         | <input type="checkbox"/> Notas de servicio social            | <input type="checkbox"/> Informes de consulta                        |   |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones integradas: (A&R, Enfermería, Servicio Social) | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería/BHT             | <input type="checkbox"/> Notas educativas/tareas escolares           |   |
|  | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento               | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos                   |   |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica                                     | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio/diagnóstico | <input type="checkbox"/> Formularios de consentimiento/papeleo legal |   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____  |  |  |   |

Esta autorización expirará el \_\_\_\_\_ (Si no se indica, la autorización expirara **un año** después de la fecha de la firma)

**Este formulario debe completarse en su totalidad antes de firmar:**

_____ Firma del paciente (requerida para mayores de 12 años)	_____ Fecha de firma	_____ Firma/credenciales del testigo del paciente	_____ Fecha de firma
_____ Firma del padre/tutor legal (si corresponde)	_____ Fecha de firma	_____ Firma/Credenciales del testigo del padre/tutor legal	_____ Fecha de firma
_____ Relación al paciente	<input type="checkbox"/> Consentimiento verbal obtenido de: _____		_____ Relación al paciente
	Firma del personal: _____		Fecha: _____

Esta autorización está destinada a permitir que Streamwood Behavioral Healthcare System divulgue información, tanto escrita como verbal, para el propósito específico y la duración de la liberación y en el mejor interés del paciente. Esta publicación de información demuestra cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), Estándares para la Privacidad de Identificación Individual Información de salud (estándares de privacidad), 45 CFR 160 y 164, y todas las reglamentaciones federales y pautas interpretativas promulgadas allí debajo. Cualquier información protegida por las normas federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas (42 CFR, Parte 2) tiene prohibida la divulgación adicional por parte del destinatario sin autorización específica para dicha nueva divulgación

Tiene derecho a revocar esta autorización, mediante solicitud por escrito, en cualquier momento. Las excepciones a esto se pueden revisar en el Aviso de Prácticas de Privacidad. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que ya no esté protegida por regulaciones federales. Su derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información que se divulgará. Eligiendo no firmar esta autorización impedirá la consecución de la finalidad antes indicada. El tratamiento o pago de los servicios no está condicionado al firmar esta autorización. Se puede asociar una tarifa con la copia de mi información en el procesamiento de esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma de revocación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora