



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN:	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

Entiendo que al firmar este formulario, acepto permitir que CHESTNUT HEALTH SYSTEMS, INC. ("CHESTNUT") obtenga de las personas o entidades que se mencionan abajo la información que se describe abajo y la divulgue a las personas o entidades que se mencionan abajo. También entiendo que si elijo no firmar este formulario, no se compartirá mi información médica y que CHESTNUT no puede condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios a que firme o no este formulario. Comprendo que, a menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se haga en un formato específico, CHESTNUT se reserva el derecho de divulgar la información de la manera que considere apropiada y de conformidad con la ley aplicable.

ESTE FORMULARIO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS DEL REGLAMENTO FEDERAL DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE PACIENTES POR ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS (42 C.F.R., PARTE 2), LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD DE LA SALUD MENTAL Y LAS DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO DE ILLINOIS (740 ILCS 110/5) Y LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO DE 1996 (HIPAA) (45 C.F.R., PARTES 160 Y 164).

QUIÉN PUEDE DIVULGAR Y RECIBIR INFORMACIÓN. Autorizo a CHESTNUT y a las entidades que se enumeran abajo a divulgar mi información médica.

QUÉ SE PUEDE DIVULGAR - para incluir información ☐ sobre la salud mental, ☐ Suso de sustancias o ☐ VIH)

Verifique los tipos de información que quiere compartir:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ mi información demográfica | ☐ mis medicamentos | ☐ mi información de evaluación |
| ☐ mi información financiera | ☐ mis procedimientos médicos | ☐ mis signos vitales |
| ☐ la información de mi seguro | ☐ mis resúmenes de descargas y transferencias | ☐ mis evaluaciones psiquiátricas |
| ☐ mi equipo médico necesario | ☐ notas de progreso de mi proveedor | ☐ mi información educativa |
| ☐ mi registro de vacunación | ☐ mis planes de tratamiento | ☐ mis resultados de laboratorio (incluidos análisis de orina y otras drogas) |
| ☐ mis alergias u otros datos de alerta | ☐ mis síntomas y diagnóstico | ☐ mis registros dentales |
| ☐ mi presencia y participación en el tratamiento | ☐ mi estado de salud en caso de emergencia | |
| ☐ OTROS: | | |

QUIÉN PUEDE RECIBIR: Autorizo a CHESTNUT a ☐ divulgar información médica o ☐ recibir información médica de:

- I. ☐ **PERSONAS** - cualquier persona, se debe incluir el nombre de la persona, la relación y la información de contacto.
- a.
- b.
- II. ☐ **ENTIDADES PROVEEDORAS DE TRATAMIENTO**- ☐ Past ☐ Present ☐ Future (marque aquellas que correspondan)
Cualquier entidad que tenga una relación con un proveedor tratante, incluya el nombre de la entidad u proveedor y del centro con la información de contacto:
(seleccione las casillas correspondientes abajo)
- ☐ Hospital (especificar):
- ☐ Centro de salud calificado a nivel federal (especificar):
- ☐ Práctica de atención primaria (especificar):
- ☐ Otras prácticas médicas/dentales (especificar):
- ☐ Centro de salud comunitario (especificar):
- ☐ Organización de salud conductual (especificar):
- ☐ Programa de uso de sustancias (especificar):
- ☐ Otros (especificar):
- III. ☐ **ENTIDADES NO TRATANTES:** - cualquier entidad sin una relación con un proveedor tratante, incluya el nombre de la entidad, del proveedor y el centro y el nombre de las personas dentro de la entidad e información de contacto
(seleccione las casillas correspondientes abajo)
- ☐ Intercambio de información médica (especificar):
- ☐ Organización de cuidado responsable (especificar):
- ☐ Corte (especificar):

- ☐ Policía (especificar):
- ☐ Libertad condicional (especificar):
- ☐ Libertad condicional (especificar):
- ☐ Empleador (especificar):
- ☐ Escuela (especificar):
- ☐ Oficina legal (especificar):
- ☐ Agencia gubernamental (especificar):
- ☐ Otros (especificar):

IV. ☐ **TERCER PAGADOR (obligatorio para SU)** - cualquier pagador debe incluir el nombre de la entidad.

a.

b.

PROPÓSITOS: Autorizo la divulgación anterior de mi información médica para los siguientes fines (marque todas las opciones que correspondan):

- | | |
|---|--|
| ☐ para ayudarme con mi tratamiento | ☐ para completar las evaluaciones |
| ☐ para mejorar las operaciones de mi proveedor | ☐ para fines de visita o comunicación conmigo |
| ☐ para ayudar a coordinar mi atención médica | ☐ para fines de pago de mi atención |
| ☐ involucrar a mi familia y a otras personas importantes en mi tratamiento | ☐ Otros: _____ |

CADUCIDAD. Esta autorización caducará el: _____
(introduzca la fecha exacta, que no debe exceder de 1 año a partir de la fecha de la firma)

REVOCACIÓN. Comprendo que puedo revocar esta autorización total o parcialmente en cualquier momento mediante una notificación por escrito a CHESTNUT. Sin embargo, mi revocación no cubrirá las divulgaciones de mi información médica que CHESTNUT ya haya hecho antes de mi revocación.

INSPECCIÓN. Comprendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información de mi salud que se divulgue.

LEY FEDERAL. La información que permito que se divulgue puede provenir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 C.F.R., parte 2). Las normas federales le prohíben volver a divulgar esta información, a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el 42 CFR, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier paciente que haya abusado del alcohol o las drogas.

_____ Firma del paciente	_____ Fecha
-----------------------------	----------------

_____ Firma del padre/tutor o representante personal nombre del paciente	_____ Fecha	_____ Tipo de autoridad para actuar en
--	----------------	---

_____ Firma del testigo	_____ Fecha
----------------------------	----------------

A COMPLETAR POR OFICINA

- ☐ El paciente ha tenido la oportunidad de ver, revisar e inspeccionar el formulario de autorización de divulgación firmado.