

Departamento de Salud del Condado de DuPage
Autorización para Divulgar y Revelar Información del Cliente

Identificación del cliente	Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad Estado Código Postal
Divulgar expediente a <i>(¿Dónde desea que se envíe la información? ¿Quién puede recibir la información?)</i>	Nombre: _____ Atención: _____ Dirección: _____ Ciudad Estado Código Postal Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
Obtener expediente de <i>(¿Quién tiene la información que desea divulgar?)</i>	Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad Estado Código Postal
Información solicitada <i>(¿Cuáles documentos desea que se envíen o divulguen?)</i>	Fecha(s) del tratamiento. De: _____ al _____ o una fecha específica: _____ EXPEDIENTE DE SALUD Mental: <input type="checkbox"/> Resumen * (ver definición en la página de instrucciones) <input type="checkbox"/> Informe de alta <input type="checkbox"/> Evaluación de salud mental <input type="checkbox"/> Planes y revisiones de tratamiento <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica <input type="checkbox"/> Comentarios de evolución psiquiátricos <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Resultados/informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Comentarios de evolución EXPEDIENTES DE SALUD COMUNITARIA: <input type="checkbox"/> Resultados/informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Registro de vacunación <input type="checkbox"/> Expedientes dentales (notas y radiografías) <input type="checkbox"/> Nota de la visita <input type="checkbox"/> VIH/SIDA OTRO: <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Otro: _____
Propósito de la divulgación <i>(¿Por qué es necesaria?)</i>	<input type="checkbox"/> Coordinación de servicios <input type="checkbox"/> Transferencia de atención <input type="checkbox"/> Uso/visión personal <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Apelación de Seguro Social/Determinación de incapacidad <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia solamente <input type="checkbox"/> Otro: _____
Instrucciones de la divulgación <i>(¿Cómo desea la información y cómo deberíamos enviársela?)</i>	Método/formato de divulgación solicitado: (marque uno) <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Número de fax: _____ Forma de entrega de preferencia: <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Enviar por correo a la dirección indicada anteriormente. Si es diferente: _____ * Permita 30 días para el procesamiento.
ENVÍO	Verifique que todas las secciones se completen en su totalidad, firme y fecha. Al terminar, lleve a cabo una de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> Envíe el formulario por correo a: Medical Records, 111 N. County Farm Rd, Wheaton, IL 60187 <input type="checkbox"/> Envíe el formulario por fax a: Medical Records 630-510-5485 <input type="checkbox"/> Entréguelo en el Departamento de Salud más cercano a usted.
<ul style="list-style-type: none"> • Se puede cobrar una cuota por el costo de procesamiento esta solicitud. • Esta autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha de firma a menos que se indique una fecha diferente: ____/____/____ • Se puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. • Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información que se divulgará. • También entiendo que la información en mi expediente médico que pueda estar relacionada con salud mental, infecciones/enfermedades de transmisión sexual, SIDA o VIH, violencia doméstica, consumo de alcohol o drogas y/o pruebas genéticas no se divulgará sin mi consentimiento específico. • Mis proveedores utilizarán métodos seguros que cumplan con los estándares de privacidad y seguridad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) y la ley de Illinois, para intercambiar mi información médica. • Está prohibido divulgar nuevamente la información a menos que la persona que dio el consentimiento para la divulgación, dé su consentimiento específicamente para la nueva divulgación. • El Departamento de Salud del Condado de DuPage no restringirá el tratamiento si usted elige no firmar esta autorización. Entiendo que puede causar un retraso en el servicio, coordinación limitada del tratamiento, incapacidad para divulgar información y/o una continuidad limitada de la atención. 	
Firmas <i>Su firma indica que ha leído y entendido el formulario y autoriza la divulgación de su información como se describe anteriormente.</i>	Firma del cliente: _____ Fecha: _____ Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____ Firma del testigo: _____ Fecha: _____ (Los clientes de 12 a 17 años de edad deben firmar además del padre/madre o representante legal) (si está firmado por un representante legal, indique la relación con el cliente o la autoridad para actuar en nombre del cliente)