

AUTHORIZATION FOR USE & DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION TO THE MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM

123 West Main Street, Elgin, Illinois 60124
Phone (123) 777-0707 Fax (123) 888-0808

Persona cuya información se revelará

Nombre de la persona/Nombres previos	Fecha de nacimiento	Número de seguro social

Voluntariamente permito y pido revelación (incluso intercambio oral, electrónico, y de papeles):

De qué:

Todos mis archivos médicos. Esto incluye permiso específico para revelar:

1. Todos los archivos y otra información acerca de mi tratamiento, hospitalización y cuidado de paciente externo incluso y no limitado a:
 - Impedimentos psicológicos, psiquiátricos, o impedimentos mentales de otros tipos (excepto los “apuntes de psicoterapia” definidos en el 45 CFR 164.501)
 - Abuso de drogas, alcoholismo, u otro abuso de sustancias
 - Anemia falciforme (Sickle cell anemia)
 - Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (incluso el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o pruebas para el VIH) o enfermedades venéreas
 - Impedimentos relacionados con los genes (incluso los resultados de análisis genético)
2. Copias de exámenes o valoraciones educacionales, incluso Programas Educacionales Individualizados, valoraciones que ocurren cada tres años, valoraciones psicológicas, valoraciones de la manera de hablar, y otra información que ayuda con evaluar función; observaciones y valoraciones de profesores también.
3. Notificaciones (a través de correo electrónico, texto, correo electrónico u otro) emitidas en referencia a Medicaid, MediKan, Medicare o cualquier otro programa de elegibilidad de beneficios.
4. Información creada dentro de 12 meses después de la fecha en la que firmo este permiso, e información del pasado también.

De quién:

- **Todas las fuentes médicas** (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.) incluso programas para la salud mental, la corrección, el tratamiento contra la adicción, y hospitales para veteranos.
- Todas las fuentes educacionales (escuelas, profesores, administradores de archivos, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Empresarios
- Otras personas que saben algo de mi condición (la familia, vecinos, amigos, oficiales públicos)

A quién:

El Programa de Asistencia Médica, sus representantes, incluso servicios de copiar contratados, y médicos u otros profesionales consultados durante del proceso.

Propósito:

Para determinar si tengo derecho a asistencia de cualquier tipo que facilitaría los pagos de servicios relacionados con la asistencia sanitaria por cualquier programa o agencia.

Fecha de caducidad:

Este permiso es bueno por 12 meses después de la fecha en la que lo firmo (debajo de mi firma).

Sus derechos con respeto a este permiso:

Derecho de recibir una copia de este permiso—Entiendo que si firmo este permiso, recibiré una copia de este permiso.

Derecho de negar de firmar este permiso—No hay que firmar este documento, pero la falta de firmar, o la revocación de este permiso antes de que recibamos la información necesaria, puede impedir una decisión correcta acerca de su elegibilidad para un programa.

Derecho de cancelar este permiso—Entiendo que tengo el derecho de cancelar este permiso cuando quiera por suministrar una declaración de revocación escrita al Programa de Asistencia Médica a la dirección arriba. Yo sé que mi revocación no será válida hasta que el Programa de Asistencia Médica la reciba y no será válida con respeto a usos y/o revelaciones de mi información de salud que ocurrieron antes de la recepción de mi declaración de revocación.

Derecho de examinar o copiar la información de salud que se puede usar o revelar: Puedo solicitar información acerca de la fuente de la información para examinar u obtener una copia de la información que será revelada.

AVISO DE REVELACION POSIBLE EN EL FUTURO: Entiendo que la información usada o revelada por este permiso puede ser revelado de nuevo en el futuro y no protegida por estándares de privacidad federales.

Por firmar este permiso, verifico que he leído este documento y que explica mis deseos con precisión.

Persona que autoriza esta revelación: FIRMAR→		Si la persona que firma no es el paciente, explica su autoridad para firmar: <input type="checkbox"/> Padre de una paciente de menor edad <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro representante personal (explique)	
Fecha	Dirección de la casa:		
Número de teléfono (con el área)	Ciudad	Estado	Código Postal