

**1) INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT INFORMATION):**

Spanish

Nombre	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
( )				
Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Teléfono durante el día (Daytime Phone)		Nombre anterior (Previous Name)	

**2) AUTORIZA A (AUTHORIZES):**

Nombre del proveedor de atención médica/plan/otro	Dirección
---	-----------

**3) REVELAR A (TO DISCLOSE TO):**

- ☐ **Mí (seleccione la opción de entrega abajo) (Myself)**
  - ☐ Portal de LiveWell/MyAdvocateAurora
  - ☐ Enviar por correo a mi dirección indicada arriba (Mail to my address above)
  - ☐ Ver en el lugar (View on Site)
  - ☐ Recoger (Pick up)

Si elige enviar por correo o recoger (If Mail or Pick up):

- ☐ Papel (Paper) o
- ☐ Formato electrónico (Electronic format): \_\_\_\_\_
- ☐ Si lo recogerá otra persona, por este medio autorizo a (If to be picked up by another, I hereby authorize) \_\_\_\_\_ para recoger mi expediente. (Identificación con fotografía obligatoria).

☐ Enviar a un tercero (Send to third party): \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 0

Fax (Fax): \_\_\_\_\_

Teléfono del tercero (Phone): \_\_\_\_\_

**4) ☐ MARQUE AQUÍ SI LA AUTORIZACIÓN ES RECÍPROCA (AUTHORIZATION IS RECIPROCAL)**

(en otras palabras, la parte reveladora y los destinatarios pueden intercambiar mutuamente la información detallada abajo.)

**5) FECHAS DE LA INFORMACIÓN QUE SE VA A REVELAR (DATE(S) OF INFORMATION TO BE DISCLOSED):**

De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Si lo deja en blanco, solo se revelará información de los últimos dos (2) años.  
(mes/año) (mes/año)

**6) INFORMACIÓN QUE SE VA A REVELAR (INFORMATION TO BE DISCLOSED):**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todos los tipos de registros para el plazo (a menos que se excluyan, vea el n.º 7) (All record types for time frame) |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Resumen del hospital (Hospital Summary)</b><br>(Vea el n.º 6 en la parte de atrás)                                | <input type="checkbox"/> <b>Resultados de pruebas de diagnóstico por imágenes (Imaging Results)</b> | <input type="checkbox"/> <b>Salud conductual (Behavioral Health)</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Consulta (Consult)</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Pruebas de diagnóstico por imágenes (radiografías) (Imaging Films)</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Registros del tratamiento – Plan/notas del tratamiento, evaluación, evaluación psiquiátrica/psicológica, laboratorios, medicamentos (Treatment Records)</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Informes del laboratorio (Lab Reports)</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Reportes operativos del procedimiento (Procedure Op Reports)</b>        | <input type="checkbox"/> <b>Resultados de pruebas psicológicas (Psychologic Test Results)</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Reportes del Departamento de Emergencias (Emergency Department Reports)</b>                                       | <input type="checkbox"/> <b>Registros de facturación (Billing Records)</b>                          | <input type="checkbox"/> <b>Situación legal/actas judiciales (Legal Status/Court Records)</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Reportes/ notas de la visita/progreso (Reports Visit/Progress Notes)</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Cálculos (Estimate)</b>   |   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Otro (Other)</b> _____  |   |

7) Entiendo que la información que se revelará puede incluir información relacionada con pruebas genéticas, servicios genéticos e historia médica familiar, salud mental/discapacidades del desarrollo, trastorno por consumo de sustancias, resultados de pruebas de VIH y sida/enfermedades relacionadas con el sida. Revelaremos esta información a menos que usted indique abajo qué información debe excluirse.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder) | <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo/salud mental (Mental Health/Developmental Disabilities) |
| <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de VIH (HIV Test Results)            | <input type="checkbox"/> Sida/enfermedades relacionadas con el sida (AIDS/AIDS-related illness)                |



8) **VENCIMIENTO (EXPIRATION):** Esta autorización es válida durante: *encierre en un círculo*

1 mes (1 month)      6 meses (6 months)      1 año (1 year)      Otra fecha o evento (Other date or event) \_\_\_\_\_

Si este punto se deja en blanco, la autorización expirará en un año a partir de la fecha de la firma. **Solo para Illinois:** La información de los expedientes de salud mental/discapacidad del desarrollo solo se puede revelar el día que se recibe la autorización.

9) **PROPÓSITO (PURPOSE)** (Marque todas las opciones que correspondan – **pueden aplicarse cargos por copias**)

☐ Otra atención médica - **sin cargo** (Further Medical Care)

☐ Elegibilidad/beneficios del seguro – **cargos \$** \_\_\_\_\_ (Insurance Eligibility/Benefits)

☐ Investigación/acción legal – **cargos \$** \_\_\_\_\_ (Legal Investigation/Action)

☐ Personal (a mi solicitud) – **cargos posibles \$** \_\_\_\_\_ (Personal)

☐ Completar los formularios – **cargos posibles \$** \_\_\_\_\_ (Forms Completion)

☐ Otro (Other): \_\_\_\_\_  
(especificar)

10) **SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:** Tengo derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información médica que he autorizado revelar mediante esta autorización. **Entiendo que me pueden cobrar cargos por las copias del expediente.** Entiendo que no necesito firmar esta autorización para recibir tratamiento. Soy consciente de que puedo revocar la presente autorización mediante un aviso por escrito al Departamento de Información Médica (Health Information Department). Entiendo que mi revocación no será efectiva en cuanto a los usos y las revelaciones ya hechas en base a esta autorización o necesarias para que una aseguradora impugne un reclamo/una póliza autorizada por ley si firmar la autorización fuera una condición para obtener cobertura de seguro. Soy consciente de que la información revelada según esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación y dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad.

11) \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL (SIGNATURE OF PATIENT/LEGAL REP)**

**FECHA (DATE)**

Si firma otra persona que no sea el paciente, mencione la relación de la persona con el paciente. \_\_\_\_\_  
(If another person is signing other than the patient, please list the relationship of the person to the patient.)

12) **Illinois solamente** – Firma del testigo solo para expedientes de salud mental/discapacidades del desarrollo:

(IL only – Witness signature for mental health/developmental disabilities records only:) \_\_\_\_\_



## **Autorización para la revelación de información médica completa**

### **Instrucciones: complete todas las secciones del formulario de autorización**

#### **Agregue los identificadores y la información de contacto del paciente**

1. Agregue los identificadores y la información de contacto del paciente.
2. Indique el proveedor de atención médica u otra entidad que revelará la información.
3. Seleccione la casilla correspondiente que indica si el paciente recibirá la información por sí mismo (y la opción de entrega deseada) o seleccione la casilla de terceros a los que deben enviarse los registros, así como la información de entrega de terceros.
4. Ignore la casilla n.º 4 si el paciente recibirá su expediente. Marque la casilla n.º 4 solo si el paciente permite el intercambio de su información médica entre la entidad receptora en el n.º 3 y la entidad reveladora en el n.º 2.
5. Indique el intervalo de fechas de la información que desea revelar. Si se deja en blanco, solo se revelarán dos años de información médica.
6. Seleccione las casillas apropiadas para identificar la información específica que se debe revelar o use la línea "Otros" para especificar lo que se necesita. Un Resumen del hospital es un resumen general que incluye el resumen de alta, historia clínica y examen físico, consultas, reportes operativos, análisis de laboratorio, reportes de radiología y del Departamento de Emergencias.
7. El expediente de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, pruebas genéticas, servicios genéticos e historia médica familiar, salud mental/discapacidades del desarrollo, resultados de pruebas del VIH y sida/enfermedad relacionada con el sida puede ser parte de los registros mencionados arriba. Use esta sección para identificar si alguno de estos tipos de expediente debe ser excluidos de la información revelada.
8. Agregue la fecha de vencimiento de esta autorización. Tenga en cuenta: en Illinois, si no se menciona una fecha de vencimiento, la autorización solo puede respetarse en la fecha en que la reciba la entidad reveladora mencionada en el n.º 2 de arriba.
9. Elija un propósito (por qué se necesitan estas copias) seleccionando la casilla correspondiente. Puede o no aplicarse cargos por las copias, según el propósito seleccionado.
10. Lea esta sección sobre los derechos del paciente respecto a esta autorización.
11. Firma del paciente o del representante legal y fecha de la firma. Si firma el representante legal o alguien que no es el paciente, mencione su relación con el paciente.
12. **Testigo de IL - pacientes de Illinois**, pídale a un testigo que firme el formulario cuando se revelen los registros de discapacidades de salud mental/del desarrollo.

**Se entregará una copia impresa de este formulario de autorización cuando se pida.**