



AUTORIZACIÓN DE REVELACIÓN

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

Entiendo que al firmar este formulario, acepto permitir a CHESTNUT HEALTH SYSTEMS, INC. ("CHESTNUT") a obtener y comunicar la siguiente información a las personas o entidades que se mencionan abajo. También entiendo que si decido no firmar este formulario, no se revelará mi información médica, y que CHESTNUT no puede condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios a que firme o no este formulario. Entiendo que, a menos que haya solicitado específicamente por escrito que la revelación se haga en un formato específico, CHESTNUT se reserva el derecho de revelar la información de la manera que considere apropiada y coherente con la ley aplicable.

ESTE FORMULARIO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS DE LAS NORMAS FEDERALES DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE PACIENTES POR ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS (42 C.F.R. PARTE 2), LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD DE SALUD MENTAL Y 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).

QUIÉNES PUEDEN REVELAR Y RECIBIR INFORMACIÓN. Autorizo a CHESTNUT y las entidades que se indican abajo para que revelen mi información médica.

QUÉ PUEDE REVELARSE: Incluye Salud mental, Consumo de sustancias o Información sobre VIH)

Marque los tipos de información que quiere compartir:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> mi información demográfica | <input type="checkbox"/> mis medicamentos | <input type="checkbox"/> información de mi evaluación |
| <input type="checkbox"/> mi información financiera | <input type="checkbox"/> mis procedimientos médicos | <input type="checkbox"/> mis signos vitales |
| <input type="checkbox"/> información de mi seguro | <input type="checkbox"/> mis resúmenes de alta/traslado | <input type="checkbox"/> mis evaluaciones psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> mi equipo médico necesario | <input type="checkbox"/> las notas de progreso de mi proveedor | <input type="checkbox"/> mi información educativa |
| <input type="checkbox"/> mi registro de vacunación | <input type="checkbox"/> mis planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> mis resultados de laboratorio (incluidos los de orina y otros análisis de drogas) |
| <input type="checkbox"/> mis alergias u otros datos de alerta | <input type="checkbox"/> mis síntomas y mi diagnóstico | |
| <input type="checkbox"/> mi presencia y participación en el tratamiento | <input type="checkbox"/> mi estado de salud en una emergencia | |
| <input type="checkbox"/> OTRO: _____ | | |

QUIÉNES PUEDEN RECIBIRLA: Yo autorizo a CHESTNUT a revelar información médica, o recibir información médica de:

- I. **PERSONAS:** *Cualquier persona, incluya el nombre de la persona, la relación y la información de contacto.*
 - a. _____
 - b. _____

- II. **ENTIDADES PROVEEDORAS DE TRATAMIENTO:** Pasadas Presentes Futuras *(Marque todo lo que corresponda. Cualquier entidad con una relación de proveedor de tratamiento, incluya el nombre de la entidad/proveedor y la instalación con la información de contacto: (Seleccione las casillas correspondientes abajo)*
 - Hospital *(especifique):* _____
 - Centro Médico de Calificación Federal *(especifique):* _____
 - Servicios de atención primaria *(especifique):* _____
 - Otros servicios médicos *(especifique):* _____
 - Centro Médico Comunitario *(especifique):* _____
 - Organización de Salud del Comportamiento *(especifique):* _____
 - Programa de Trastornos por Consumo de Sustancias *(especifique):* _____
 - Otros servicios médicos *(especifique):* _____

- III. **ENTIDADES QUE NO DAN TRATAMIENTO:** *Toda entidad que no tenga una relación de proveedor de tratamiento, incluya el nombre de la entidad/proveedor y de la instalación y el nombre de la persona o personas de la entidad e información de contacto (Seleccione las casillas correspondientes abajo)*
 - Intercambio de información médica *(especifique):* _____
 - Organización de atención responsable *(especifique):* _____

- Corte (especifique): _____
- Policía (especifique): _____
- Libertad condicional (especifique): _____
- Libertad bajo palabra (especifique): _____
- Empleador (especifique): _____
- Escuela (especifique): _____
- Oficina jurídica (especifique): _____
- Agencia del gobierno (especifique): _____
- Otros (especifique): _____

IV. **TERCERO PAGADOR (Requerido para SUD):** *Cualquier pagador, incluya el nombre de la entidad.*

a. _____

b. _____

FINES: Autorizo la revelación de mi información médica especificada arriba para los siguientes fines (*Marque todo lo que corresponda*):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> para ayudar con mi tratamiento | <input type="checkbox"/> para completar evaluaciones |
| <input type="checkbox"/> para mejorar las operaciones de mi proveedor | <input type="checkbox"/> para propósitos de visita o comunicación conmigo |
| <input type="checkbox"/> para ayudar a coordinar mi atención médica | <input type="checkbox"/> para el pago de mi atención |
| <input type="checkbox"/> para involucrar a la familia y a otras personas importantes en mi tratamiento | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

VENCIMIENTO. Esta autorización vencerá el día: _____
(Escriba la fecha exacta, que no debe exceder de 1 año a partir de la fecha de la firma)

REVOCACIÓN. Entiendo que puedo revocar esta autorización en su totalidad o en parte en cualquier momento mediante una notificación por escrito a CHESTNUT. Sin embargo, mi revocación no cubrirá las revelaciones de mi información médica que CHESTNUT ya haya hecho antes de mi revocación.

INSPECCIÓN. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar mi información médica que se está revelando.

LEY FEDERAL. La información que permito que se revele puede proceder de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). Las normas federales prohíben que se vuelva a revelar esta información, a menos que se permita expresamente su revelación mediante el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece, o bien, que sea permitido por la 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre/tutor o representante personal del paciente

Fecha

Tipo de autoridad para actuar en favor

Firma del testigo

Fecha

TO BE COMPLETED BY OFFICE
<input type="checkbox"/> Patient has been given the opportunity to see, review and inspect the signed Disclosure Authorization form.