



# PETICION Y AUTORIZACION PARA LIBERACION Y USO DE INFORMACION MEDICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Segundo Nombre del Paciente
Apellido Materno del Paciente / Alias / Otro nombre	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Numero de Seguro Social
Dirección	Ciudad	Estado / Zona Postal
Teléfono	# de Celular	Teléfono /Trabajo

**INFORMACION REQUERIDA.** Yo autorizo a Aunt Martha's Youth Service Center, Inc. (AMYSO) el uso y liberación de la siguiente información durante los términos estipulados de esta Autorización. **Marque los que sean necesarios.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cartilla de Vacunación/Pasaporte de Vacunas<br><input type="checkbox"/> Examen Físico de la Escuela<br><input type="checkbox"/> Notas de Visitas Clínicas/Notas de Evolución<br><input type="checkbox"/> Expediente Clínico Dental<br><input type="checkbox"/> Reportes de Urgencias<br><input type="checkbox"/> Cirugías (reporte quirúrgico y/o patológico)<br><input type="checkbox"/> Expediente Farmacológico/Medicamentos<br><input type="checkbox"/> Abstracto del Expediente Medico con Diagnósticos y Laboratorio(notas médicas, diagnósticos)<br><input type="checkbox"/> Abstracto del Expediente Clínico (Notas Medicas) | <input type="checkbox"/> Expediente Clínico Completo<br><input type="checkbox"/> Facturas Medicas /Cobros<br><input type="checkbox"/> Notas Terapéuticas (Por Favor Especifique)<br><hr/> <input type="checkbox"/> Exámenes de Diagnostico (Por Favor Especifique)<br><hr/> <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
|---|---|

**Por los siguientes periodos/fechas de tratamiento:**  Fechas Especificas: \_\_\_\_\_  Todas las Fechas

**DE LAS SIGUIENTES LOCALIDADES O CENTROS DE SALUD:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aurora (101 S. Broadway, Aurora)<br><input type="checkbox"/> Aurora HOC (680 S. River Street, Aurora)<br><input type="checkbox"/> *Aurora Satellite (317 E. Indian Trail, Aurora)<br><input type="checkbox"/> *Calumet City (602 Torrence Ave, Calumet City)<br><input type="checkbox"/> Carpentersville (3003 Wakefield Drive, Carpentersville)<br><input type="checkbox"/> Chicago Heights CHC (1536 Vincennes Ave, Chicago Heights)<br><input type="checkbox"/> Chicago Heights PEDS (500 Dixie Hwy, Chicago Heights)<br><input type="checkbox"/> Children's Reception Center (5001 S. Michigan Ave, Chicago) | <input type="checkbox"/> Danville Center for Children's Services (702 N. Logan Street, Danville)<br><input type="checkbox"/> Danville (614 N. Gilbert Street, Danville)<br><input type="checkbox"/> *Harvey (159 E. 154 <sup>th</sup> Street, Harvey)<br><input type="checkbox"/> Hazel Crest (17850 S. Kedzie Ave, Hazel Crest)<br><input type="checkbox"/> Joliet East (1200 Eagle Street, Joliet)<br><input type="checkbox"/> Joliet West (333 N. Madison Street, Joliet)<br><input type="checkbox"/> *Joliet St. Francis (1301 Coppersfield Ave, Joliet)<br><input type="checkbox"/> *Joliet Ottawa Street (311 N. Ottawa, Joliet) | <input type="checkbox"/> Kankakee (1777 Court Street, Kankakee)<br><input type="checkbox"/> Little City (1760 W. Algonquin Rd, Palatine)<br><input type="checkbox"/> Roseland (200 E. 115 Street, Chicago)<br><input type="checkbox"/> South Holland (52 W. 162 <sup>nd</sup> Street, South Holland)<br><input type="checkbox"/> Southeast Side (3528 E. 118 <sup>th</sup> Street, Chicago)<br><input type="checkbox"/> Toulon (120 E. Court Street, Toulon)<br><input type="checkbox"/> Watseka (200 E. Walnut Street, Watseka)<br><input type="checkbox"/> Women's Health Center (233 W. Joe Orr Rd, Chicago Heights) |
|---|--|---|
- \*estas localidades no están en función actualmente

**DESTINATARIO.** Detalles de Entrega – Para usted o para la persona/compañía (ejemplo: Compañía de Seguros, Escuela, Médico)

**Método de Entrega:**  Recogerlo en persona  Correo /U.S. Mail  Electrónico  Otro

Mandarlo a – Nombre		Numero de Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal

**El propósito de esta copia (para fines de) es:**  Mi uso personal  Compartirlo con un proveedor de salud  Aseguranza  Legal  Otro:

**TIEMPO/TERMINOS:** A menos que este cuadro sea marcado, esta Autorización expirara cuando la petición sea completada.

- De la fecha de esta autorización hasta: \_\_\_\_\_
- Hasta que el siguiente evento ocurra: \_\_\_\_\_
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**NOTA:** Para Expedientes Clínicos de Salud Mental, el termino deberá ser por escrito, no puede utilizarse "sin fecha de expiración."

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paper chart only<br><input type="checkbox"/> Paper + Electronic<br><input type="checkbox"/> Electronic Only<br><input type="checkbox"/> Purged | <b>HEALTHPORT</b><br><b>Aunt Martha's</b> | <input type="checkbox"/> Released<br><input type="checkbox"/> Released | <input type="checkbox"/> Rejected<br><input type="checkbox"/> Rejected |
|---|---|--|--|

# of pages	Date	Method	Initials
		<input type="checkbox"/> Pick up <input type="checkbox"/> Patient E-delivery <input type="checkbox"/> Scanned	



# PETICION Y AUTORIZACION PARA LIBERACION Y USO DE INFORMACION MEDICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
----------	--------	----------------

**SECCION ESPECIFICA DE CONSENTIMIENTO Por favor OBSERVE si la sección de abajo no es completada, esta información no sera liberada.**

**Marque uno o varios cuadros para los cuales usted desea autorizar la información que sera utilizada o liberada con su expediente clínico. Información acerca de:**

- Una enfermedad Mental o una Discapacidad de Desarrollo
- Prueba de VIH/SIDA, o tratamiento(incluyendo el hecho que el examen de VIH fue ordenado, hecho o reportado a pesar de que los resultados de estos exámenes fueran positivos o negativos)
- Enfermedades Transmisibles
- Infecciones Transmitidas Sexualmente
- Abuso de Substancias (i.e. alcohol o drogas)
- Abuso de un Adulto con una Discapacidad
- Asalto Sexual
- Abuso Infantil y/o Negligencia
- Pruebas Genéticas
- Inseminación Artificial
- Notas de Psicoterapia(las cuales no son parte oficial del expediente clínico)
- Todos los mencionados arriba (Al marcar este cuadro, estoy indicando que he revisado la lista en su totalidad y autorizo el uso y liberación de todo lo relacionado con la información confidencial en la manera descrita en esta autorización.)**

Es de mi conocimiento el que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a AMYSC. Sin embargo, si yo elijo el hacerlo es de mi conocimiento que mi revocación no afectara las acciones ya tomadas por AMYSC antes de recibir mi notificación.

Es de mi conocimiento que yo puedo rehusar el firmar esta autorización y que si rehúso firmar de ninguna forma esto afectara mi tratamiento, pago, integración a cualquier plan de salud o a la elegibilidad de beneficios.

Es de mi conocimiento que tengo el derecho de inspeccionar y de recibir una copia de cualquier información usada o liberada bajo esta autorización. Es de mi conocimiento que una vez que mi información de salud sea liberada al destinatario/s, AMYSC no puede garantizar que el destinatario/s no re-liberara la información de salud a posibles terceros como es requerido por la ley. Los terceros no estarán sujetos a cumplir con esta autorización o con ninguna ley de privacidad.

Es de mi conocimiento que AMYSC podría requerir el que yo firme una autorización antes de recibir tratamiento bajo investigación o para tratamiento por si mismo con el propósito de crear información de salud para terceros y que AMYSC no proveerá este tipo de tratamientos bajo investigación medica a menos que yo haya sido proveído(a) de esta autorización.

Yo he leído y entendido los términos de esta autorización, se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y liberación de la información de salud. Yo autorizo a AMYSC a utilizar y liberar mi información de salud en la manera descrita en esta autorización.

Yo estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta autorización sea valida como una original.

Firma del Paciente	Fecha	
Firma del Padre-Madre / Guardian Legal o Representante (Generalmente requerida si el paciente es menor de edad)	Fecha	Relación con el paciente
Firma del Testigo	Fecha	

**\*CONSENTIMIENTO DEL MENOR:** La firma del(a) menor (edad 12-17)es requerida en orden para procesar y liberar la información concerniente al cuidado de

- 1) Salud Mental 2) VIH/SIDA/ITS 3)Abuso de Drogas o Alcohol 4) Planificación Familiar

Firma:	Fecha
--------	-------