



UnityPoint Health Authorization/Request for Release of Medical Information

Form with sections: Instrucciones, Datos del Paciente, PROVEEDOR/ ORGANIZACION, SOLICITANTE, INFORMACION SOLICITADA, RAZON PARA LA DIVULGACION, Formato Solicitado.

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL Y FEDERAL

Yo autorizo la divulgación de la información indicada a continuación, lo cual requiere consentimiento específico bajo la ley federal: (Marque todo lo que aplique)

(Nota: Dependiendo de cuales casillas sean seleccionadas es posible que no podamos autorizar esta petición.)

- Abuso de Sustancias, Tratamiento de Salud Mental, Exámenes relacionados a VIH/SIDA

Firma del Paciente o Representante Autorizado: X Relación

Firma de Testigo (Solamente en Illinois): X

X

Solamente en Illinois: Se requiere la firma del menor si el menor tiene entre 12-17 años de edad para archivos de salud mental.

Para Illinois o Residentes de Wisconsin Solamente: Bajo la ley estatal, usted debe autorizar separadamente y expresamente la divulgación de cualquiera de la información confidencial siguiente (Marque todo lo que aplique a su Estado): Pruebas Genéticas (Illinois)

- Violencia Sexual (Illinois), Maltrato/Negligencia de Niños (Illinois), Discapacidades de Desarrollo (Wisconsin e Illinois), Maltrato de Adulto con Discapacidad (Illinois)

Firma del Paciente o Representante Autorizado: X Relación

Esta autorización es válida por ___ meses pero no para más de un año de la fecha en la cual se firmó. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se haya tomado acción en consideración a este documento...

Prohibición de re-divulgación: Este documento no autoriza re-divulgación de información médica fuera de los límites de este consentimiento. Donde la información se haya divulgado de archivos protegidos por la ley federal...

Firma del Paciente o Representante Autorizado
Nombre Imprimido/Relación al Paciente
Fecha