



### UnityPoint Health Authorization/Request for Release of Medical Information

<b>Instrucciones:</b>	Asegure llenar todas las áreas. De No hacerlo podría impedir o demorar el procesamiento
<b>Datos del Paciente</b>	Nombre (legal/de soltero/a /otro) _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono# _____ Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social (opcional) _____
<b>PROVEEDOR/ ORGANIZACION</b> (Entidad autorizada a divulgar la información)	Nombre del Proveedor _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
<b>SOLICITANTE:</b> (A dónde usted quiere que se envíe la información)	Nombre del Solicitante _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
<b>INFORMACION SOLICITADA:</b> <i>Podrían Aplicar Cargos</i>	Fecha de Servicios _____ <input type="checkbox"/> Resumen Médico (todas las notas del médico/resultados de exámenes) <input type="checkbox"/> Resultados de Radiología/Laboratorio <input type="checkbox"/> Archivo Médico Completo <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____
<b>RAZON PARA LA DIVULGACION:</b>	(Marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Continuación de Cuidado <input type="checkbox"/> Cobertura Médica (Seguro) <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> SSA/Discapacidad <input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Formato Solicitado:</b>	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Disco Compacto (Protegido por Contraseña):

#### **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 (excluye notas de psicoterapia)     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, dándole consentimiento por escrito al Departamento de Archivos Médicos de la facilidad de origen. Yo entiendo que tengo el derecho a inspeccionar la información a ser divulgada una vez que someta la notificación apropiada a y bajo las condiciones establecidas por la facilidad de origen. Yo entiendo que mi cuidado de salud y pagos para mí cuidado de salud no van a ser afectados si no firmo este documento. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la entidad que recibirá esta información no es un plan de salud o proveedor, la información divulgada podría ya no estar protegida bajo las regulaciones federales de privacidad y podría estar sujeta a volver a ser divulgada. Yo entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización completada.**

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 para archivos de abuso de alcohol y sustancias o por la ley estatal para archivos de salud mental, y resultados de pruebas de VIH/SIDA, los requisitos federales (42 CFR Part2) y requisitos estatales (IA Code ch.228&ch.141) (740 Ill. Comp. Stat. § 110/5) (Wis. Code §§252.15(6), 50.30) prohíben divulgación adicional sin el consentimiento específico dado por escrito por el paciente, o de otra manera como sea permitido por dicha ley y/o regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para estos propósitos. La divulgación no autorizada de información relacionada a pruebas y tratamiento para abuso de alcohol y sustancia, salud mental o VIH/SIDA pudiera resultar en sanciones penales criminales o civiles.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre Imprimido/Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha