

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA ESCUELAS**

VEA EL DORSO DE ESTA HOJA

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Apellido Nombres

El UC Organized Health Care Arrangement (o UC OHCA, por sus siglas en inglés) consiste en la Universidad de Chicago el Centro Médico (UCMC) y ciertos servicios de la Universidad de Chicago incluso los médicos.

PROPÓSITO: Autorizo al UC OHCA a divulgar la información médica de mi hijo/ tutelado a su escuela durante la duración de esta Autorización , bajo mi pedido. El nombre y la dirección de la escuela son: _____

ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: La información que puede ser divulgada bajo esta Autorización incluye:

- Información sobre inmunizaciones requerida por la escuela
- Resultados de exámenes médicos requeridos por la escuela
- Otro: _____

DURACIÓN: Esta Autorización tendrá vigencia por un año, a partir de la fecha firmada abajo.

Yo entiendo que una vez que mi información médica sea divulgada a la escuela, ni la UCMC ni ninguna de las otras UC Organizations pueden garantizar que la escuela no re-divulgará la información a terceros o para cumplir con exigencias de la ley. Puede ser que la tercera parte no esté obligada a cumplir con esta Autorización , o con las leyes federales o del Estado de Illinois aplicables que rijan el uso y divulgación de mi información médica.

Las UC Organizations no recibirán ninguna cosa de valor por parte del colegio, por la divulgación de mi información médica.

Puedo revisar o copiar cualquier información utilizada / divulgada bajo esta Autorización.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que ello no afectará la capacidad de mi hijo/ tutelado para obtener tratamiento o su elegibilidad para beneficios. Sin embargo, si su tratamiento tiene el único propósito de crear información médica solicitada por la escuela, en tal caso la UC Organization puede rehusarse a tratarlo / la, si no firmo esta Autorización.

Yo entiendo que puedo cambiar de idea y revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento mediante una notificación a la Oficina de Privacidad (vea información más adelante), y que este cambio no afectará mi tratamiento. La revocación no se aplicará en la medida en que alguna UC Organization ya haya iniciado alguna acción basándose en mi Autorización.

Yo he leído y comprendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de la información médica. Yo autorizo a cada UC Organization a utilizar o divulgar mi información médica en la forma descrita anteriormente.

*Firma del Paciente o de su Representante Personal **

Fecha

*Nombre del Representante Personal * (si se aplica)*

Relación con el paciente

** El Representante es la persona que toma decisiones por el paciente. Puede ser uno de los padres, si el paciente es menor de edad, un tutor legal, subrogado para cuidados de la salud u otra persona.*

Privacy Office: U of C Medical Center, MC -1000, 5841 S. Maryland Avenue, Chicago, IL 60637 (773) 834 - 9716

Actualizado últimamente el 1 de septiembre de 2009

Suministre al Paciente una copia de la Autorización firmada.

