

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

*Si la información es sobre Enfermedad Mental, Discapacidades del Desarrollo, Pruebas o Tratamiento de HIV/AIDS (SIDA), Enfermedades Contagiosas, Enfermedades Venéreas, Abuso de Drogas o de Alcohol, Abuso de un Adulto Discapacitado, Abuso Sexual, Abuso o Negligencia Infantil o Pruebas Genéticas, el paciente deberá firmar el Anexo de Consentimiento Específico.*

**Debe colocarse una etiqueta del paciente aquí:**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Apellido

Nombres

**Número de Registro Médico:** \_\_\_\_\_

**Dirección Domiciliar:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Residencial:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

El UC Organized Health Care Arrangement (o **UC OHCA, por sus siglas en inglés**) consiste en Hospitales de la Universidad de Chicago, algunas actividades de la Universidad de Chicago que incluyen a los médicos, los consultorios médicos regionales del UCHHS y la clínica Friend Family Health Care Clinic in Hyde Park.

\*\* Cada una de éstas se denomina **UC Organization**.

**PROPÓSITO:** Cuando firme esta Autorización, estaré autorizando a las UC Organizations a divulgar la información médica mencionada abajo para el siguiente propósito [Nota: "a pedido del paciente" es suficiente si el paciente está iniciando esta Autorización]:

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

**RECEPTOR:** El siguiente es el nombre de la persona o del tipo de personas a las cuales las UC Organizations pueden divulgar mi información médica:

La dirección del receptor o el lugar al que será enviada mi información médica es:

Yo entiendo que las UC Organizations *recibirán/no recibirán (marque una)*, en forma directa o indirecta, ningún artículo de valor de terceras partes, relacionados con la utilización o divulgación de la información médica.

**DURACIÓN:** Esta Autorización permanecerá vigente:

? Desde la fecha de esta Autorización hasta la siguiente fecha: \_\_\_\_\_ del 2000\_\_.

? Hasta que se cumpla el propósito.

? Hasta que ocurra el siguiente evento (Ej.: hasta que termine el programa específico para recaudación de fondos): \_\_\_\_\_

? Otros (Ej.: no expira): \_\_\_\_\_

*Nota: Para los registros de salud mental debe especificar la duración de la autorización, no puede usar "no expira."*

Yo entiendo que una vez que mi información médica sea divulgada al receptor, ni la UCH ni ninguna de las otras UC Organizations puede garantizar que el receptor no 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.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pagos, o mi elegibilidad para beneficios, excepto si mi tratamiento tiene el único propósito de crear información médica para ser divulgada al receptor mencionado en la primera página de esta Autorización, en cuyo caso la UC Organization puede rehusarse a tratarme si no firmo esta Autorización. Si mi tratamiento se relaciona con mi participación en un estudio de investigación, entiendo que una UC Organization puede rehusarse a tratarme si no firmo esta Autorización.

Puedo revisar o copiar cualquier información utilizada/divulgada bajo 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 de las 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 Personal 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.*

**UC OHCA Privacy Office: University of Chicago Medical Center, MC-1000, 5841 South Maryland Avenue, Chicago, IL 60637, Teléfono: (773) 834-9716**

Actualizado últimamente el 16 de mayo de 2003

**\*Suministre al Paciente una copia de la Autorización firmada.**

**ANEXO  
CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO**

<b>Nombre del Paciente:</b>		
	Apellido	Nombres
<b>Número del Registro Médico:</b>		

**CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO**

Al tildar cualquiera de los casilleros próximos a la categoría de información confidencial de la siguiente lista, yo autorizo específicamente a utilizar y / o divulgar la categoría de información confidencial indicada al lado del casillero, si tal información será utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización:

- ? Información sobre Enfermedad Mental o Incapacidad de Desarrollo
- ? Notas de Psicoterapia (que no sean parte del registro médico oficial)
- ? Información sobre pruebas o tratamiento para HIV/AIDS (SIDA) (incluso el hecho de que la prueba fue solicitada, realizada o reportada, sin importar si los resultados fueron positivos o negativos)
- ? Información sobre Enfermedades Contagiosas
- ? Información sobre Enfermedades Venéreas
- ? Información sobre Abuso de Sustancias (Ej.: alcohol o drogas)
- ? Información sobre Abuso de un Adulto Discapacitado
- ? Información sobre Abuso Sexual
- ? Información sobre Abuso y Negligencia Infantil
- ? Información sobre Pruebas Genéticas

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*

***La divulgación de información sobre enfermedad mental o incapacidad de desarrollo requiere la firma de un testigo.***

**Firma del Testigo:** \_\_\_\_\_

**\*Suministre al Paciente una copia de la Autorización firmada.**