



**Autorización Para Revelar
Expedientes Médicos**

b8832b35-fbdc-4495-ac31-fc4ed5f616bc

Sección A: Persona de quien se solicita el expediente médico.

Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
 Nombre Previo (si aplica): _____
 Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Ciudad/Estado/Zona Postal: _____ Núm. de Teléfono por el día: _____

Sección B: Persona u organización de quien se solicita el expediente médico

Hospital/agencia/clínica/médico: _____ Envíe a: _____
 Dirección: _____
 Teléfono _____ Fax: _____

Sección C: Envíe la información médica solicitada a:

Departamento de Servicios Humanos de Illinois
 FCRC: _____ Envíe a: _____
 Dirección: _____
 Teléfono _____ Fax: _____ TTY: _____

Sección D: Información para revelar desde la FECHA (o FECHAS)

Fecha: _____

Marque la información necesaria

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial y Exámenes Médicos | <input type="checkbox"/> Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Informes de Consultas | <input type="checkbox"/> Planes de Conducta |
| <input type="checkbox"/> Resumen Médico Para Darle de Alta | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Expediente de Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Expediente del Depto. de Emergencia | <input type="checkbox"/> Expediente de Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Notas Psiquiátricas de tratamiento ambulatorio (antes / después de hospitalización) | |
| <input type="checkbox"/> Informes de Diagnóstico de Exámenes | <input type="checkbox"/> Historial Social | <input type="checkbox"/> Expediente Discapacidades del Desarrollo | |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Substancias | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Sección E: Fecha Que Caduca la Autorización.

Esta autorización es válida hasta: (Mes/Día/Año) _____
 A menos que se indique una fecha anterior, esta autorización caducará a los 12 meses de la fecha de la siguiente firma.

Sección F: Firma.

- (a) Si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de cuidado de salud o el plan de la salud cubierto por regulaciones federales de privacidad, la información descrita en la Sección D, puede ser revelada nuevamente y ya no estará protegida por estas regulaciones. Sin embargo, se le puede prohibir al beneficiario revelar la información relacionada a salud mental, abuso de sustancias o SIDA (HIV/AIDS) bajo los requisitos Federales de la Ley de Confidencialidad de Abuso de Substancias 42CFR Parte 2, la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo y la Ley de Confidencialidad de SIDA (HIV/AID) de Illinois.
- (b) La persona que autorizo a usar esta información puede recibir compensación por hacerlo.
- (c) Entiendo que puedo inspeccionar y copiar la información revelada.
- (d) No serán afectados los pagos de un reclamo, registro o elegibilidad para beneficios si no firmo este formulario a menos que la revelación sea necesaria para determinar pago, elegibilidad o registro, o para revisiones de discapacidad.
- (e) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito y debe ser enviada proporcionar los expedientes que el departamento indicó en la Sección B. No afectará las acciones tomadas antes de que se reciba la revocación.

Firma de la Persona _____ Fecha: _____ Mes/Día/Año
 Firma del Representante: _____ Fecha: _____ Mes/Día/Año
 Autoridad para representar la persona: Padres Tutor Apoderado Representante Autorizado
 Firma del Testigo (o 2do Padre/Madre/Tutor): _____ Fecha: _____ Mes/Día/Año



**Autorización Para Revelar
Expedientes Médicos**

b8832b35-fbdc-4495-ac31-fc4ed5f616bc

Sección G: Revocación. Si esta parte es completada, envíe copia del formulario completado a la persona u organización nombrada en la sección B

Yo ya no quiero que la información en la Sección A sea compartida con el Departamento de Servicios Humanos
Yo entiendo que las acciones tomadas antes de que se reciba la revocación no serán afectadas.

Firma de la Persona o Representante Autorizado: _____

Fecha: Mes/Día/Año _____

Autoridad para representar la persona: Padres Tutor Apoderado Representante Autorizado

INSTRUCCIONES: AUTORIZACIÓN PARA REVELAR EXPEDIENTES MÉDICOS

GENERAL

Pida que el individuo firme un formulario separado para cada proveedor. Mantenga el formulario original firmado en el expediente del caso del cliente. Adjunte una copia del Formulario 4701H firmado con el formulario 183A enviado o entregado al proveedor. Incluya una copia de cada formulario 4701H firmado con el paquete que se envía a CAU.

Sección A - Información sobre el individuo.

Complete la información de la persona para quién se solicitan los registros médicos. Este puede o no ser el cliente, dependiendo del programa (ejemplo. TANF obstáculos en la familia). Escriba nombre previo si el individuo se ha casado, o ha usado otros nombres durante el periodo en que se solicita la información en la Sección D.

Sección B - Información del proveedor.

Complete la información del proveedor médico del cual se solicitan los registros médicos. Si se sabe, complete Atención con el nombre del individuo o departamento dentro de la organización para facilitar la petición.

Sección C - Información del contacto en DHS.

Complete la información del contacto en DHS. La dirección o el número de fax que usará el proveedor para devolver los registros.

Sección D - Periodo de la Autorización y la información que se revela.

Debe incluir la fecha del inicio o fechas que se solicitan los registros médicos. Si no hay una fecha específica de inicio, vaya 12 meses antes, para determinar la fecha del inicio. Asegure que tiene lo que necesita para determinar la elegibilidad. Si no está seguro(a) de la información necesaria, consulte con la Unidad de Evaluación del Cliente (CAU).

Sección E - Caduca o Vence la autorización.

Indique con una fecha que no exceda 12 meses de la fecha en que se firma el formulario.

Sección F - Firma.

- (a) La información del Cliente es privada y es usada por el Departamento, proveedores bajo contrato y por otros estrictamente para la administración de nuestros programas, con ciertas excepciones especificadas por la ley. (PM 01-01-04)
- (b) Se explica por sí solo.
- (c) Se explica por sí solo.
- (d) Si se necesitan los expedientes médicos para determinar la elegibilidad del programa, si no firma esta autorización, afectará la elegibilidad para los beneficios.
- (e) Esta autorización se puede revocar antes de que caduque o vence, completando la Sección G y enviándola al proveedor.

La autorización debe ser firmada por el individuo (o representante del individuo) de quién solicitan los expedientes médicos en la Sección A. Puede o no puede ser el cliente, dependiendo del programa (ejemplo: TANF- Obstáculos de la familia). Si es menor de 18 años de edad o es legalmente discapacitado, se requiere la firma de uno de los padres o el tutor. También, se requiere la firma de un menor que tenga 12 años de edad o más. Si es difícil obtener la firma de la persona, consulte con el proveedor para saber si la autorización se aceptará con la firma del representante. Incluya prueba de la autoridad legal del representante. Tiene que ser firmado por un testigo que pueda atestar la identidad de la persona que firma la autorización.

Sección G - Revocación de la autorización.

Si la persona no quiere que un proveedor revele información adicional, instruya al individuo o representante que complete esta sección en el formulario original. Copie el formulario entero y envíelo al proveedor que se especifica en la Sección B. La información médica que se haya revelado antes que el proveedor reciba la revocación, puede ser usada para los propósitos previamente autorizados.