

<b>Nombre de Paciente:</b> _____	<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____
<b>Dirección:</b> _____	<b>Número de teléfono:</b> _____
<b>Ciudad:</b> _____ <b>Estado :</b> _____ <b>Código Postal :</b> _____	(_____) _____

Yo autorizo \_\_\_\_\_ liberar y cambiar información escrita oral o electrónicamente  
(nombre de facilidad)  
transmitida protegida de la información de salud indicada abajo del individuo arriba:

\_\_\_\_\_

El Nombre del proveedor/la Organización/Individuo

\_\_\_\_\_

La dirección completa de Proveedor/la Organización/Individuo

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Numero de teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Incluyendo información relacionada a:  Cuidado & Tratamiento de Psiquiátrico  Cuidado del Abuso de la sustancia & el Tratamiento  Cuidado médico & el Tratamiento

Para el propósito siguiente:  Facilidad de Médico o Asistencia Médica  Propósitos Legales  Uso Personal  Siga Visita  Pago de Eseñanza  Colocación  Determinación de Seguridad  Referencia Vocacional de Servicio  La continuidad del Cuidado  En el Pedido del Individuo  Médico Primario de Cuidado  Otro (Especifica) \_\_\_\_\_

Fecha de tratamiento (s): \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_  
Fecha de caducidad: (Fecha de calendario/Si el calendario no tiene fecha indicó información al ser liberado sólo en el día que la forma del consentimiento es recibida.)

**INFORMATON PARA SER REVELADO:**

Las fechas de la Admisión & Descarga  Resumen de Descarga  Notas de Progreso  El discurso & la Evaluación del Idioma

La Hoja de Cara  Evaluación Psiquiátrica  Resultados del Laboratorio  Asistencia

La Historia y Físico  Evaluación psicológica  Informes de Radiología  Información de Medicina

Revisa física de Salud  Evaluación de Psychosocial  Tratamiento Modernizado  Otro (Especifica) \_\_\_\_\_

Consultation \_\_\_\_\_

**Documentación de VIH** \_\_\_\_\_ ( Debe Inicialar)

- Yo entiendo eso:
- **La información en mi registro de la salud puede incluir informacion relacionar a la enfermedad sexualmente transmitida, síndrome adquirido de inmunodeficiencia (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).**
  - Tengo el derecho del acceso para inspeccionar y obtener una copia de mi información protegida de la salud.
  - Tengo el derecho de revocar esta autorización el tiempo que yo quiero. Si revoco esta autorización, yo debo hacer así en la escritura al Departamento de la Administración de la Información de la Salud.
  - La revocación no aplicará a la información que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorización.
  - La re-revelación es prohibida a menos que la persona que consintiera a la revelación específicamente consentimientos a la re-revelación. Sin embargo, una vez que la información es revelado, hay el potencial que re-reveló por el recipiente, y por lo tanto no puede ser protegido por las regulaciones federales de leyes del derecho a la intimidad.
  - El fracaso para proporcionar toda información requerida no constituirá una autorización apropiada para revelar información protegida de salud y eso, por lo tanto, mi pedido no puede ser honorado.
  - Autorizar el uso o la revelación de la información identificada encima es voluntaria Yo no debo firmar esta forma para asegurar el tratamiento de asistencia sanitaria, el pago ni la elegibilidad para beneficios.
  - Las Consecuencias de no firmar, si cualquiera son: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
(La firma de paciente)	(Fecha)	(Firma de Padres o Representante Legal)	(Fecha)
_____	_____		
(Firma de Testigo )	(Fecha)		

(Los pacientes 12 años a 17 años de edad deben firma adicionalmente al los Padres o el Representante Legal/Personal)  
(Si firmado por un representante legal, indica la relación al paciente o la autoridad para actuar para el paciente.)  
Cargas se conformarán con todas leyes y las regulaciones aplicables para liberar la salud protegida información.


**FOR FACILY USE:** Date received: \_\_\_\_\_ Date completed: \_\_\_\_\_ MR #: \_\_\_\_\_

When applicable, the identity of the Legal Representative was verified by the following documentation and established that in his/her capacity, the above named legal representative is authorized to act on behalf of the patient:  Driver's License  Picture ID  Legal guardian  Court appointed legal guardian  Power of Attorney  Executor of Estate  Other: \_\_\_\_\_

Person/Department completing the request: \_\_\_\_\_

**Authorization to Disclose Protected Health Information**

- Alexian Brothers Behavioral Health Hospital  
1650 Moonlake Blvd.  
Hoffman Estates, IL 60169
  - Alexian Brothers Behavioral Health Group Practice  
1786 Moonlake Blvd.  
Hoffman Estates, IL 60169
- White Copy-Chart Yellow Copy-Patient  
Pink Copy-Mail Out Request Records**



Authorization to disclose PHI - SPANISH  
Form # 6010-341 (4/07) Page 1 of 1