

Authorization to Verbally Discuss Health Information Form

Who can Discuss your Health Information?

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

IMPORTANT – PLEASE READ

- This form allows Promise Healthcare to **verbally discuss** health information in person or by telephone only.
- This form does **NOT** authorize release of written medical records. A Release of Information (ROI) form would be required to release written records.
- **Illinois law gives minors ages 12–17 the right to control certain health services.**
- Promise Healthcare follows HIPAA and Illinois law regardless of who signs this form.

Please note: This form includes a **second page**, which must be reviewed. Certain types of **sensitive health information require additional consent** and are addressed on page 2.

Listing someone on this form does not automatically allow disclosure of all health information. Under **Illinois law**, patients ages **12–17** have the right to consent to certain services, and **the minor patient's consent may be required**, even if a parent or guardian is listed or has signed. More information on page 2

I do **NOT** authorize Promise Healthcare to discuss my health information with anyone.

The people that can have my Health Information:

1. Name:		Relationship to you:	
Phone #:	Street Address:		
City:	State:	Zip Code:	
2. Name:		Relationship to you:	
Phone #:	Street Address:		
City:	State:	Zip Code:	
3. Name:		Relationship to you:	
Phone #:	Street Address:		
City:	State:	Zip Code:	

APPROVED TYPES OF INFORMATION:

Check all that apply (subject to legal restrictions)

Billing Information	Appointment Information	Lab Results or diagnostic Testing results	Treatment Information
Dental Services	Other (Specify): _____ _____ _____		All Information legally permitted

SENSITIVE HEALTH INFORMATION – ADDITIONAL CONSENT REQUIRED

I understand that the information approved above may include **sensitive health information** that requires **specific authorization** before it may be discussed. By initialing and dating each item below, I authorize Promise Healthcare to verbally discuss the selected sensitive topics with the individuals listed on this form, **only as permitted by federal and Illinois law**.

Important: Selecting “All Information” on previous page does not authorize disclosure of sensitive information unless the applicable item below is initialed and dated and disclosure is permitted by law.

Illinois Minor Consent: When Illinois law allows a minor to consent independently to a service, **only the minor may authorize disclosure** of information related to that service.

For minors ages 12–17, minor authorization (initials and signature) is required to discuss information related to *(list not all-inclusive)*

- Drug or alcohol use or treatment
- Reproductive health care
- HIV/AIDS and sexually transmitted diseases (STDs/STIs)
- Outpatient counseling or therapy services
- Any care provided under the minor’s independent legal consent

When parental consent is permitted by law, a **parent or legal guardian may authorize disclosure**, subject to legal restrictions.

Please select all additional sensitive information you wish to release. In order to be released it must have initial and date.

**For patients 12-17, the items marked with an asterik (*) may require the minor patients’s authorization if selected for release.*

Mental/Behavioral Health

• **Psychiatric / Mental Health Treatment**

(e.g., psychiatric diagnosis, psychiatric appointments, medication management, inpatient or intensive treatment)

Initials: _____ Date: _____

• ***Counseling / Therapy Services** *(e.g., outpatient counseling)*

Initials: _____ Date: _____

*Alcohol/Drug Abuse

Initials: _____

Date: _____

Genetics

Initials: _____

Date: _____

*Reproductive Care

Initials: _____

Date: _____

*HIV/AIDS/Sexually Transmitted Disease

Initials: _____

Date: _____

Authorization Signatures

By signing below, I acknowledge that I have read and understand this authorization. I understand that this authorization allows **verbal discussion only** of the health information identified above, **only as permitted by federal and Illinois law**.

I understand that disclosure:

- Depends on **who has legal authority to consent** for the service
- For Minors: Requires the **minor’s signature** when Illinois law allows a minor (ages 12–17) to consent independently and **may not be authorized by a parent or guardian** for services subject to minor consent rights. Promise Healthcare requires an **adult witness** (non parent) when the patient is a minor (ages 12–17).

Patient / Parent / Legal Guardian Signature

Signature: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Relationship to Patient (if applicable): _____

Minor Patient Signature *(required when the minor independently consented to the service)*

Signature: _____ Minor Initials: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Witness (Required for Minors Ages 12–17)

Signature: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Relationship to patient: _____ Phone #: _____

This authorization remains valid while the patient is receiving services at Promise Healthcare unless an earlier expiration date is specified or the authorization is revoked in writing. If multiple versions of this form are completed, **only the most recent signed version is valid**. If the patient is a minor at the time of signature, this authorization **expires when the patient reaches the age of majority (18yo) or emancipated**.

Autorización para Hablar Verbalmente sobre Información de Salud

¿Quién puede hablar sobre su información de salud?

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

IMPORTANTE – POR FAVOR LEA

- Este formulario permite a Promise Healthcare hablar verbalmente sobre información de salud solo en persona o por teléfono.
- Este formulario NO autoriza la divulgación de expedientes médicos por escrito. Para liberar registros escritos se requiere un Formulario de Autorización para la Divulgación de Información (ROI).
- La ley de Illinois otorga a los menores de 12 a 17 años el derecho de controlar ciertos servicios de salud.
- Promise Healthcare cumple con HIPAA y la ley de Illinois independientemente de quién firme este formulario.

Nota importante:

Este formulario incluye una **segunda página** que debe revisarse. Ciertos tipos de **información de salud sensible** requieren consentimiento adicional y se explican en la página 2.

Incluir a alguien en este formulario **no autoriza automáticamente** la divulgación de toda la información de salud. Según la ley de Illinois, los pacientes de **12 a 17 años** tienen derecho a consentir ciertos servicios, y **puede requerirse el consentimiento del menor**, incluso si un padre o tutor está incluido o ha firmado. Más información en la página 2.

☐ **NO autorizo** a Promise Healthcare a hablar sobre mi información de salud con nadie.

Las personas que pueden recibir mi información de salud

1. Nombre:		Relación con usted:	
Teléfono #:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
2. Nombre:		Relación con usted:	
Teléfono #:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
3. Nombre:		Relación con usted:	
Teléfono #:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

TIPOS DE INFORMACIÓN APROBADOS
(Marque todo lo que aplique, sujeto a restricciones legales)

Información de facturación	Información de citas	Resultados de laboratorio o pruebas diagnósticas	Información de tratamiento
Servicios dentales	Otro (especifique): _____ _____ _____		Toda la información legalmente permitida

INFORMACIÓN DE SALUD SENSIBLE – SE REQUIERE CONSENTIMIENTO ADICIONAL

Entiendo que la información aprobada anteriormente puede incluir **información de salud sensible** que requiere autorización específica antes de que pueda discutirse. Al inicialar y colocar la fecha en cada elemento a continuación, autorizo a Promise Healthcare a hablar verbalmente sobre los temas sensibles seleccionados con las personas indicadas en este formulario, únicamente según lo permitido por las leyes federales y del estado de Illinois.

Importante:

Seleccionar “Toda la información” en la página anterior **NO autoriza** la divulgación de información sensible a menos que el elemento correspondiente a continuación tenga sus iniciales y la fecha, y que la divulgación esté permitida por la ley.

Consentimiento de Menores en Illinois

Cuando la ley de Illinois permite que un menor consienta un servicio de forma independiente, **solo el menor** puede autorizar la divulgación de información relacionada con ese servicio.

Para menores de **12 a 17 años**, se requiere la autorización del menor (iniciales y firma) para discutir información relacionada con (lista no exhaustiva):

- Uso o tratamiento de alcohol o drogas
- Atención de salud reproductiva
- VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS/ITS)

Cuando la ley lo permite, un padre o tutor legal puede autorizar la divulgación, sujeto a restricciones legales.

Seleccione toda la información sensible adicional que desea autorizar (Debe iniciar y colocar la fecha en cada una para que sea divulgada)

** Para pacientes de 12 a 17 años, los elementos marcados con asterisco (*) pueden requerir autorización del menor.*

Salud mental / conductual

- **Tratamiento psiquiátrico / salud mental**

(ej. diagnóstico psiquiátrico, citas, manejo de medicamentos, hospitalización)

Iniciales: _____ Fecha: _____

- ***Servicios de consejería / terapia (ambulatorios)**

Iniciales: _____ Fecha: _____

*Abuso de alcohol/drogas

Iniciales: _____

Fecha: _____

Genética

Iniciales: _____

Fecha: _____

*Atención reproductiva

Iniciales: _____

Fecha: _____

*HIV/AIDS/Sexually Transmitted Disease

Iniciales: _____

Fecha: _____

Firmas de Autorización

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido esta autorización. Entiendo que esta autorización permite **solo la discusión verbal** de la información de salud identificada anteriormente, únicamente según lo permitido por la ley federal y del estado de Illinois.

Entiendo que la divulgación:

- Depende de quién tenga la autoridad legal para consentir el servicio
- **Para menores:** requiere la firma del menor cuando la ley de Illinois permite que el menor (12–17 años) consienta de forma independiente, y no puede ser autorizada por un padre o tutor para servicios sujetos a derechos de consentimiento del menor
- Promise Healthcare requiere un **testigo adulto (que no sea el padre)** cuando el paciente es menor (12–17 años)

Firma del paciente / padre / tutor legal:

Firma: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente (si aplica): _____

Firma del paciente menor

(Requerida cuando el menor consintió el servicio de forma independiente)

Firma: _____ Iniciales del menor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Testigo (requerido para menores de 12 a 17 años)

Firma: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Esta autorización permanece válida mientras el paciente reciba servicios en Promise Healthcare, a menos que se especifique una fecha de vencimiento anterior o se revoque por escrito. Si se completan múltiples versiones de este formulario, **solo la versión firmada más reciente será válida.**

Si el paciente es menor al momento de la firma, esta autorización vence cuando el paciente cumple **18 años** o se emancipa.