

**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): _____ _____ _____		<b>Toda la información legalmente permitida</b>

## 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 inicialar 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.