

CONSENTIMIENTO PARA TRANSMITIR INFORMACIÓN DE SALUD DE LA UNIDAD MÉDICA MÓVIL

Nombre del Niño (Letra de Molde)	Teléfono	Fecha de Nacimiento	NSS (últimos 4 dígitos) XXX-XX - _ _ _ _
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal (ZIP)

El abajo firmante autoriza y solicita por este medio que Loyola University Medical Center y el personal de Ronald McDonald Children's Hospital transmitan y proporcionen esta información solicitada a la persona/instalación indicada abajo. Existe la posibilidad de que esta información sea retransmitida por esta persona/instalación, y la información transmitida no estará protegida por las leyes federales/estatales aplicables que rigen el uso y la transmisión de su información de salud:

Nombre de la persona/instalación que recibirá la información:

Nombre (Letra de Molde)	Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal (ZIP)

Fechas de tratamiento/servicio a ser transmitido: _____

Ubicación del tratamiento: _____ Unidad Médica Móvil: _____

Propósito de la transmisión de esta información: _____

INFORMACIÓN A SER TRANSMITIDA (Marque todo lo que se aplica)

- ☐ Expedientes de Examen Médico
 ☐ Expediente de Inmunización
 ☐ Otro (Especifique) _____
 ☐ Expedientes de Análisis de Salud
 ☐ Resultados de Laboratorio

SECCIÓN A: Si la información sobre su salud contiene *cualquiera de lo siguiente*, marque en orden todas las categorías que se aplican para evitar retrasos.

Al marcar cualquiera de estas categorías, usted autoriza la transmisión de la siguiente información:

- ☐ Información de salud psiquiátrica/mental o de incapacidades de desarrollo (Se requiere la firma adicional del padre/madre/tutor para la transmisión de información psiquiátrica sobre los pacientes de 12 a 17 años de edad)
 ☐ Resultados de análisis VIH
 ☐ SIDA/enfermedad relacionada, diagnóstico/tratamiento
 ☐ Análisis genético
 ☐ Diagnóstico/tratamiento para el abuso de alcohol/drogas

Usted debe reconocer que marca estas categorías proporcionando su firma escrita abajo:

Firma

SECCIÓN B: Este consentimiento para transmitir información es válido hasta ____/____/____ (Usted debe especificar el mes, el día y el año en ese orden, o no podremos procesar esta solicitud). Usted tiene el derecho de revocar esta autorización, exceptuando el hecho de que dicha revocación no se aplicará a cualquier uso o transmisión de su información que esté descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad de LUHS o que de otro modo lo permitan las leyes Federales o Estatales. En caso de revocación, es posible que no se pueda retractar el uso previo de cualquier información hasta la fecha de revocación.

Sé que puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se desea usar o transmitir en esta autorización, según lo permiten las regulaciones de privacidad federales. He leído, o me han explicado, la información contenida en el Consentimiento para la Transmisión de Información anterior y confirmo que el contenido es consistente con las instrucciones que les he dado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas satisfactoriamente, y entiendo el Consentimiento para Transmitir Información. También entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización para que ustedes puedan usar y/o transmitir mis expedientes médicos descritos en este formulario a la(s) persona(s) y/u organización(es) mencionada(s) en este formulario.

Para revocar esta información, escriba al Director de Expedientes Médicos a la siguiente dirección: Director of Medical Records, Loyola University Health System, 2160 S. First Avenue, Maywood, Illinois, 60153. Incluya una copia de esta autorización con su correspondencia.

NOTA: NO PODEMOS CONDICIONAR EL TRATAMIENTO EN BASE AL HECHO DE QUE USTED FIRME ESTA AUTORIZACIÓN

Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Parentesco con el Niño: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor Legal

Prohibición de Retransmisión (si se aplica)

Mobile Medical Unit Consent for Release of Health Information

Esta información le ha sido transmitida a usted desde archivos protegidos por las reglas de confidencialidad Federales (42 C.F.R. Parte 2). Las reglas Federales le prohíben a usted transmitir adicionalmente esta información, a menos que la transmisión adicional esté permitida expresamente mediante el consentimiento escrito de la persona a quien se aplica la información, o según lo permita la regla 42 C.F.R. Parte 2. La autorización general de la transmisión de información médica o de otro tipo NO ES suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para realizar una investigación criminal o enjuiciar a cualquier paciente de abuso de alcohol/drogas. Se prohíbe la transmisión sucesiva de cualquier información sobre salud mental, abuso de sustancias, ensayos genéticos o VIH/SIDA que sea transmitida por la instalación que divulga los expedientes médicos como consecuencia de esta autorización.