



HFS

Illinois Department of
Healthcare and Family Services

We improve lives.

Autorización para divulgar información de IM+CANS

- 1) Nombre del cliente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Número de identificación del destinatario: _____
Alias (si corresponde): _____
- 2) Autorizo al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés) a divulgar la Evaluación de Necesidades y Fortalezas de Medicaid de Illinois (IM+CANS) y cualquier documentación asociada dentro del portal en línea IM+CANS de HFS al siguiente proveedor:
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
- 3) Esta divulgación se realiza con el propósito de tratamiento y continuidad de la atención.
- 4) Esta autorización es válida hasta ____/____/____.
(insertar fecha del calendario)
- 5) Entiendo que los registros y las comunicaciones que se divulgarán serán el contenido completo del IM+CANS y cualquier documento asociado relacionado con la persona mencionada anteriormente, que puede incluir, entre otros, lo siguiente:
 - i. El documento completo IM+CANS, que incluye la evaluación de salud mental y el plan de tratamiento, que incluye:
 - a. Información y antecedentes de habilitación/tratamiento para salud mental, discapacidades del desarrollo y consumo de alcohol o sustancias;
 - b. Diagnósticos de salud mental;
 - c. Historial de servicio actual y pasado.
 - ii. El contenido completo de la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés), que incluye:
 - a. Historial médico actual y previo;
 - b. Información relativa al VIH/SIDA;
 - c. Historia actual y previa de hospitalizaciones y su finalidad.
- 6) Entiendo que la persona o agencia autorizada para recibir esta información tiene el derecho de inspeccionar, copiar y actualizar la información divulgada.
- 7) Entiendo además que si la entidad que recibe esta información no es un proveedor/plan de atención médica cubierto por las regulaciones de privacidad de HIPAA, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por las regulaciones de HIPAA.

- 8) Entiendo que puedo revocar esta autorización; sin embargo, la revocación debe hacerse por escrito y debe enviarse a la Oficina de Salud Conductual de HFS a la información de contacto que aparece a continuación. Entiendo que ninguna revocación de esta autorización entrará en vigor para evitar la divulgación de registros y comunicaciones hasta ser recibida por la persona de otro modo autorizada para divulgar dichos registros y comunicaciones.

Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois
 ATTN: Bureau of Behavioral Health
 201 Sur Grand Ave. East
 Springfield, IL 62704

O por correo electrónico a:
 HFS.IATP@illinois.gov

- 9) Entiendo que negarme a firmar este documento tendrá las siguientes consecuencias: (1) No se divulgará la información y (2) es posible que el proveedor no pueda proporcionar servicios financiados por el Estado de Illinois o sus Organizaciones de atención administrada.

Autorización para divulgar información de IM+CANS		
<i>Usted acepta que ha tenido la oportunidad de revisar el documento Autorización para divulgar información de IM+CANS en su totalidad y que el contenido del documento y las consecuencias de no firmarlo se le han explicado en un lenguaje que usted entiende.</i>		
<i>Al firmar este documento, usted acepta que el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois divulgue el contenido completo del IM+CANS de la persona identificada en la Sección 1 al proveedor identificado en la Sección 2 de esta Autorización para divulgar información del IM+CANS. Entiendo que el contenido de IM+CANS no se divulgará a ningún otro proveedor excepto aquellos identificados en la Sección 2.</i>		
FIRMA DEL CLIENTE (firma de una persona mayor de 12 años)		
<i>Cliente (nombre en letra de imprenta)</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL (si corresponde)		
<i>Padre/madre/tutor legal (nombre en letra de imprenta)</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
FIRMA DEL PERSONAL (firma del miembro del personal que asiste a la persona/padre/tutor legal)		
<i>Personal (nombre en letra de imprenta)</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>

Instrucciones para completar la Autorización para Divulgar Información IM+CANS

- Entregue a las personas que firmen este consentimiento una copia del mismo para que la conserven en sus registros.
- Para que el consentimiento sea válido, toda la información requerida en los párrafos 1, 2 y 4 debe estar completa y las firmas deben obtenerse según las instrucciones a continuación.
- Párrafo 1: Complete el nombre completo del cliente, fecha de nacimiento, RIN y alias (si corresponde). HFS debe tener 3 piezas de información demográfica para identificar correctamente al cliente.
- Párrafo 2: Complete el nombre y la dirección del proveedor a quien se divulgará la información.
- Párrafo 4: Complete la fecha del calendario para el vencimiento del consentimiento. Se debe completar una fecha de calendario en esta sección para que el consentimiento sea válido. La fecha del calendario puede especificar cualquier período de tiempo que elija la persona, pero se recomienda un período de tiempo de entre 3 y 5 años a partir de la fecha de ejecución para minimizar la necesidad de firmar repetidamente el consentimiento.
- Sección de firma:
 - Si el cliente tiene al menos 12 años, pero menos de 18 años: Tanto el niño como el padre o tutor deben firmar la sección de firma. Si esta sección está firmada por una persona que no sea uno de los padres, adjunte una copia del documento que muestre la autoridad de firma del representante, como un poder notarial o una orden que designe a un tutor.
 - Si el cliente tiene 18 años o más: El cliente deberá firmar la sección “Firma del cliente”.
 - Si el cliente tiene 18 años o más, pero carece de capacidad de decisión: El representante debe firmar la sección “Firma del padre/tutor legal” y adjuntar una copia del documento que muestre la autoridad de firma del representante, como un poder notarial o una orden que designa al tutor.
 - Para todos los clientes: La sección “Firma del personal” debe ser firmada por el miembro del personal que atiende al cliente.