

## 24/7 Illinois Perinatal HIV Hotline

### AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del cliente) a través de la presente, autorizo a las siguientes organizaciones e individuos a dar a conocer la información descrita más abajo al 24/7 Illinois Perinatal HIV Hotline con el propósito de coordinar el seguimiento de mi tratamiento y cuidado médico: \_\_\_\_\_ (la institución referente), Pediatric AIDS Chicago Prevention Initiative (PACPI), Northwestern Memorial Hospital, y \_\_\_\_\_ (lugar o lugares donde remiten al cliente).

La información que puede ser intercambiada con el 24/7 Illinois Perinatal HIV Hotline incluye, pero no se limita a, cualquier información sobre mi estado y tratamiento de VIH/SIDA y el de mi bebé (si corresponde), y mi estado de salud mental y el consumo de drogas y sus respectivos tratamientos. La información puede incluir \_\_\_\_\_, informes del laboratorio, historial médico, otros informes médicos y de trabajo social, y mi información de contacto.

Yo también autorizo específicamente al 24/7 Illinois Perinatal HIV Hotline a dar a conocer la información que recibe, descrita más arriba, sobre mi estado y tratamiento de VIH/SIDA y el de mi bebé (si corresponde), y mi estado de salud mental y el consumo de drogas y sus respectivos tratamientos con las organizaciones e individuos nombrados más arriba con el propósito de coordinar el seguimiento de mi tratamiento y cuidado médico.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar y copiar la información que será dada a conocer. Esta autorización es válida por un (1) año a partir del día en que ha sido firmada. Yo la puedo cancelar antes, pero entiendo que cancelarla no afectará a la información que ya ha sido intercambiada. Yo entiendo que no es necesario firmar esta autorización para recibir servicios de mis proveedores de salud.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_