

24/7 Illinois Perinatal HIV Hotline

AUTORIZACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DEL CUIDADO MÉDICO Y PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Yo, _____ (**nombre del cliente**) a través del presente documento, autorizo a las siguientes organizaciones e individuos a dar a conocer la información descrita más abajo al 24/7 Illinois Perinatal HIV Hotline (Hotline) con el propósito de coordinar el seguimiento de mi tratamiento y cuidado médico y el de mi bebé: _____ (**la institución referente**), Northwestern Memorial Hospital (NMH), los médicos de NMH y de Lurie Children’s Hospital of Chicago quienes pueden consultar con los médicos y el personal del Hotline, Pediatric AIDS Chicago Prevention Initiative (PACPI), y _____ (**lugar donde remiten al cliente**).

La información protegida de mi salud, descrita más abajo, que puede ser intercambiada con y por el Hotline incluye informes de laboratorio, historial médico, otros informes médicos y de trabajo social, así como también mi información de contacto. A menos que se indique en la línea de más abajo, yo autorizo al Hotline a dar a conocer la información sobre mi estado y tratamiento de VIH/SIDA y el de mi bebé, mi estado de salud mental y el consumo de drogas y sus respectivos tratamientos, y la información protegida de mi salud, descrita más arriba, que el Hotline recibe sobre mí y mi bebé con las organizaciones e individuos nombrados más arriba con el propósito de coordinar el seguimiento de mi tratamiento y cuidado médico.

Deseo limitar el intercambio de mi información con el Hotline solo a lo siguiente: _____

Yo específicamente autorizo al Hotline a dar a conocer mi información de salud a cualquier otra institución de salud dentro del Illinois Perinatal System donde pueda buscar cuidado médico relacionado a mi embarazo. También autorizo al Hotline a proveer información sobre mi identidad (nombre, fecha de nacimiento, descripción física) a cualquier otra institución de salud dentro del Illinois Perinatal System donde pueda buscar cuidado médico relacionado con mi embarazo o cuidado de emergencia, con el propósito de reconectarme con los servicios del Hotline si me encontrara sin 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 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 del Cliente _____

Fecha _____

Firma del Testigo _____

Fecha _____

Dirección del Cliente _____

Fecha de Nacimiento _____

_____ **Número de Teléfono** _____

24/7
Illinois Perinatal
HIV Hotline



GIVE BIRTH TO A FUTURE
WITHOUT HIV/AIDS

800-439-4079

hivpregnancyhotline.org

PACPI PEDIATRIC AIDS CHICAGO
PREVENTION INITIATIVE

FIRMA DE AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON EL SERVICIO DE HOTLINE

Su enfermera le puede pedir que firme una Autorización Para el Intercambio de Información con el Hot line. Al firmar esta autorización usted puede reunirse con una administradora (manejadora) de casos, alguien preparada específicamente para asistirle en este momento. Esta administradora de casos es una persona de confianza que le puede ayudar a entender sus resultados de la prueba de VIH y los eventuales pasos que debería tomar. Obtendrá información que será importante en este momento. Mientras más entienda, estará en mejores condiciones para tomar buenas decisiones sobre su salud y la salud de su bebé. La administradora de casos sabe muy bien lo difícil que puede resultar esta situación. Ella ha asistido a muchas mujeres, igual que usted, a sentirse más cómodas en estos momentos. Juntas, la administradora de casos y usted, trabajarán en equipo para lograr el mejor resultado.

Para la administradora de casos, su privacidad y seguridad son muy importantes. Ella solo le contactará después de que firme el documento de Autorización Para el Intercambio de Información. Una administradora de casos, por ley, no puede compartir información sobre su cuidado médico o los resultados de sus exámenes. Ella podrá responder a sus preguntas y le brindará asistencia con alguno o todos de los siguientes aspectos:

- ❖ Educación sobre las pruebas de VIH
- ❖ Entendimiento sobre el significado de los resultados de las pruebas de VIH, incluyendo un resultado positivo preliminar o uno positivo confirmado
- ❖ Asistencia para enfrentarse a un resultado positivo de VIH
- ❖ Cuestiones de privacidad y la decisión de compartir su estado de VIH positivo con otra gente
- ❖ Cómo llevar el tema con un esposo, pareja, familia, amigos y otros niños
- ❖ El desarrollo de un plan efectivo para su cuidado médico y el de su bebé
- ❖ Preguntas y preocupaciones sobre la imposibilidad de amamantar
- ❖ Administrar medicina a su bebé
- ❖ Servicios de orientación y ayuda para víctimas de violencia y abuso
- ❖ Asistencia para el consumo de alcohol y drogas
- ❖ Referencias de asesoramiento y orientación
- ❖ Asistencia alimentaria y ayuda para la vivienda