

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente/nombres anteriores del paciente Fecha de nacimiento Número de historia clínica  
   
 Dirección, ciudad, estado, código postal Número de teléfono del paciente

**AUTORIZA LA DIVULGACIÓN POR PARTE DE**

Fort Memorial Hospital  Fort HealthCare Clinic:

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA:**

Nombre del proveedor de atención médica/plan/otro  
  
 Dirección  
   
 Ciudad, estado, código postal Teléfono # Fax #

**PARA LAS FECHAS A CONTINUACIÓN:**

De:   
 Para:

**INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA: A continuación, identifique la información específica que autoriza a que sea divulgada:**

- Registros de facturación  Consulta  Resumen de alta hospitalaria  Informe educativo  Historia clínica  Informe de laboratorio  
 Informe quirúrgico  Informe patológico  Notas del progreso  Imágenes radiológicas  Informe radiológico  Notas de rehabilitación  
 Otro

**DIVULGACIONES QUE REQUIEREN UN CONSENTIMIENTO ESPECIAL: En conformidad con las leyes federales y del estado de Wisconsin, las cuales exigen un permiso especial para divulgar toda la información que de otro modo sería privilegiada, autorizo que la información detallada a continuación también sea divulgada.** Marque todas las opciones que correspondan.

- Tratamiento para el consumo excesivo de drogas/alcohol  VIH/SIDA\*   Afecciones relacionadas con la salud mental/conductual

**OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN: Por favor, provea un objetivo específico para la divulgación o marque la categoría que corresponda.**

- Asistencia continua  Determinación de discapacidad  Seguro/objetivos de la queja  Legal   
 Uso personal  Cambio a un nuevo proveedor  Evaluación de rehabilitación profesional  Indemnización por un accidente laboral

Otro:

Elija una:  Emisión del formulario  Emisión electrónica/digital (especifique)   
 Emitido por:   Servicio postal de EE. UU.  Fax   Ubicación de recogida:

**SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON ESTA AUTORIZACIÓN:**

**El derecho a revisar o recibir una copia de la información médica que será utilizada o divulgada** – Entiendo que tengo el derecho a revisar o recibir una copia (quizás se proporcione con un costo adicional) de la información médica que he autorizado a utilizar o revelar por medio de este formulario de autorización. **El derecho a recibir una copia de esta autorización** – Comprendo que, si estoy de acuerdo con firmar esta autorización, es posible que reciba una copia. **El derecho a negarme a firmar esta autorización** – Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario y que Fort HealthCare no podrá condicionar mi tratamiento, pago, inscripción en un plan médico ni mi elegibilidad para recibir beneficios de atención médica en mi decisión de firmar esta autorización, excepto en relación con a) la investigación relacionada al tratamiento, b) la inscripción o elegibilidad en relación con el plan médico, c) la atención médica solo se provee con el objetivo de crear información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para su divulgación a un tercero. **\*\* El derecho a retirar esta autorización** – Entiendo que tengo el derecho a retirar esta autorización en cualquier momento con una declaración por escrito de retiro al Departamento de Información Médica de Fort HealthCare. Soy consciente de que mi revocación no tendrá efecto en relación con usos y/o divulgaciones de mi información médica que la(s) persona(s) u organización(es) mencionadas anteriormente ya han realizado teniendo en cuenta esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme esta autorización puede estar sujeta a volver a ser divulgada y ya no estará protegida por los estándares federales de privacidad. **Resultados de la prueba de \*VIH:** Entiendo que mis resultados de la prueba de VIH pueden ser revelados sin autorización de las personas/organizaciones que tienen acceso de conformidad con las leyes estatales y una lista de personas/organizaciones está disponible a petición. **\*\*Las leyes 5130 y 252.15 de WI** requieren la autorización del paciente para divulgar la información médica con fines de pago. **La copia de facsímil (FAX) es tan válida como el original.**

A usted se le ha divulgado esta información de las historias protegidas por la ley federal (42 CFR Apartado 2) y las leyes de confidencialidad de Wisconsin (51.30). Las leyes federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información, excepto que cualquier otra divulgación esté autorizada por medio de un consentimiento por escrito por parte de la persona a la que le pertenece o según lo establecido por el apartado 2 de la ley CRF 42. Una autorización general para revelar la información médica u otra NO es suficiente con este fin. Las normas federales restringen todo uso de información para investigar de manera penal o procesar a cualquier paciente que tenga un consumo excesivo del alcohol o las drogas.

**Fecha de caducidad:** Esta autorización es válida hasta la(s) fecha(s)  o 1 año desde que se firma.  
**Firma del paciente/representante legal:**  FECHA:  HORA:   
 Relación con el paciente:   
**Funcionario testigo de FHC:**  FECHA:  HORA:

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

<b>1</b>	<b>Escriba el nombre del paciente</b> Si fuese el caso, escriba los nombres anteriores.
<b>2</b>	Fecha de nacimiento.
<b>3</b>	Si estuviera, escriba el número de historia clínica del paciente.
<b>4</b>	Escriba <b>la dirección del paciente</b> , incluida la ciudad, el estado y el código postal.
<b>5</b>	<b>Número del paciente. Será útil si tenemos preguntas y necesitamos contactarnos con el paciente.</b>
<b>6</b>	<p>Seleccione el casillero correspondiente.</p> <p><i>Nota: Se deberían revisar todos los casilleros para las solicitudes por historias clínicas y hospitalarias.</i></p> <p>a. Complete el nombre de la clínica FHC tal como se lo indica (por ejemplo, Surgical Associates, Urology Associates, etc.)</p>
<b>7</b>	<p>Escriba el nombre de la persona u organización que recibirá esta información. Si quien la recibe es el paciente, entonces escriba el nombre y la dirección de él.</p> <p>b., c. Incluya el número de teléfono y fax de quien la reciba.</p> <p><i>Nota: Si el paciente es menor y quien recibe la información es el padre, entonces escriba el nombre del padre.</i></p>
<b>8</b>	<p>Incluya <b>las fechas de servicio</b> para los documentos solicitados. Para los pacientes que se cambian a otra organización, se puede escribir en “los últimos 2 años de la historia”.</p> <p><i>Nota: No deje sin completar este espacio. Es muy importante que HIM pueda registrar de manera exacta lo que se reveló.</i></p>
<b>9</b>	<p>Sea específico en esta sección y solo verifique los documentos necesarios para cumplir con la revelación.</p> <p><i>Nota 1: Solo revise los registros de facturación si específicamente se requiere.</i></p> <p><i>Nota 2: Cuando marque el casillero “otro” debe marcar el tipo de documento que se solicita (por ejemplo, audiograma) o indique la conversación verbal con el proveedor.</i></p>
<b>10</b>	Solo marque uno de estos casilleros si se solicita información sensible.
<b>11</b>	Seleccione el casillero correspondiente para indicar el objetivo de la divulgación.
<b>12</b>	Seleccione si es una revelación por medio de papel o electrónica. HIM puede revelar documentos en disco compacto (CD, por sus siglas en inglés).
<b>13</b>	Seleccione el casillero correspondiente para indicar si las historias se envían por correo, fax o se recogen. Si se recogen, indique <b>dónde</b> se recogerán (preferentemente en el Departamento de HIM).
<b>14</b>	El paciente debe firmar el documento.
<b>15</b>	Si el representante legal (por ejemplo, el padre, tutor, apoderado [POA, por sus siglas en inglés]) firma el formulario, entonces se debe dejar por escrito su relación con el paciente.
<b>16</b>	Si el formulario se completa en la institución FHC, el funcionario de FHC debe firmar como testigo. Esto es útil por si HIM tiene preguntas acerca de la revelación.
<b>17</b>	Se debe completar la fecha y la hora en las dos líneas.

**Si tiene preguntas, contacte al Departamento de Información Médica de Fort HealthCare al: 920-568-5188**