



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

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA:

PARA LAS FECHAS A CONTINUACIÓN:

Teléfono # _____ Fax # _____

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:** _____