

Número de Expediente Médico _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Nombre de soltera / otro
----------	--------	----------------	--------------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Autorizo y doy permiso a:

PHC, Oconomowoc Memorial Hospital

PHC, Waukesha Memorial Hospital

Organización / individuo _____

Para dar a conocer información de mi expediente medico a:

PHC, Oconomowoc Memorial Hospital

PHC, Waukesha Memorial Hospital

Organización / Individuo _____

Dirección (calle)	
-------------------	--

Otra institución para servicios de salud, incluya dirección	Ciudad	Estado	Código postal
---	--------	--------	---------------

La información debe ser dada por: Correo En persona Fax(Número) _____ Otro _____

La siguiente información médica será revelada:
 Fechas de _____ hasta _____

El propósito de esta revelación es para:
 (Marque uno / más de los siguientes)

- Instrucciones para Dar de Alta
- Informe Operativo
- Informe de Laboratorio
- Electrocardiograma (ECG)
- Informe de la Sala de Emergencia
- Resultado del examen de VIH
- Expediente de tratamiento por Alcohol/ Drogas
- Especifique otra información _____

- Historial y Físico
- Informe de Patología
- Informe de Radiología
- Notas de Progreso
- Notas de Terapia / Rehabilitación
- Expediente de Salud Mental

- Cuidado Médico Continuo
- Pago de Reclamo/Beneficios
- Solicitud para Seguro Médico
- Investigación Legal
- Determinación de Incapacidad
- Uso Personal
- Otro, por favor especifique _____

Entiendo que una fotocopia debe ser considerada tan válida como el original. Puedo revisar y hacer arreglos para fotocopiar la información que será revelada. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento dándole una revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Entiendo que dicha revocación no aplicará a la información que ya ha sido revelada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro según sea necesario para contestar un reclamo bajo mi póliza.

A menos que sea revocada, esta autorización se vencerá en el evento o fecha a continuación: _____
 Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización se vencerá en seis meses.

Entiendo que el autorizar la revelación de mi información médica es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que cualquier información revelada lleva consigo el potencial de ser revelada por segunda vez sin autorización y la información puede no ser protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Entiendo perfectamente que mi información y expediente médico en relación con la(s) fecha(s) de tratamiento/hospitalización expuestas anteriormente puede incluir referencias a tratamiento por abuso de alcohol y drogas, atención psiquiátrica, incapacidades en desarrollo, resultado de la prueba de VIH/síndrome de inmunodeficiencia adquirida, pruebas de intoxicación y/o rastreo fetal en un monitor.

HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO **NO QUIERO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO**

Firma del Paciente: _____ Fecha / hora _____

Firma del Padre/Guardián o Representante Legal: _____ Fecha / hora _____
 (Indique la relación con el paciente)

Firma del Testigo: _____ Fecha / hora _____

Información proporcionada por: _____ Fecha / hora _____

Este formulario reúne los requisitos definidos en: Estatutos de WI 146.81-83,51.30,252.15, y las Regulaciones Federales 42CFR2 y 45CFR164.508(a),45CFR(Parte 5b)