

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD
INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente/Nombres Previos _____	Fecha de Nacimiento _____	Número de Expediente Médico _____
Dirección _____	Ciudad, Estado, Código Postal _____	Número de Teléfono _____

AUTORIZA LA DIVULGACIÓN A

<input type="checkbox"/> ProHealth Care Oconomowoc Memorial Hospital	<input type="checkbox"/> ProHealth Care, Waukesha Memorial Hospital
<input type="checkbox"/> ProHealth Care Behavioral Health Services	<input type="checkbox"/> ProHealth Works, Specificar Sitio _____
<input type="checkbox"/> PHMG, Especificar Clínica/Proveedor _____	<input type="checkbox"/> Participante de ProHealth Solutions _____
<input type="checkbox"/> Otro (Nombre del Proveedor de Cuidados Médicos/Plan/Otros): _____	
Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A:

Nombre del Proveedor de Cuidados Médicos/Proveedor/ Plan/Otros _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR:

CLINICA		HOSPITAL	
<input type="checkbox"/> Resumen de Expedientes 2-3 años (resúmenes generales incluyen Notas de Progreso, Consultas, Pruebas de Laboratorio & Reportes Radiológicos)		<input type="checkbox"/> Resumen del Hospital (resumen general que incluye Resumen de Alta, H&F, Consultas, Reportes Operativos, Pruebas de Laboratorio, Reportes Radiológicos y del Departamento de Emergencia)	
<input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo	<input type="checkbox"/> Salud Mental/ de Comportamiento	<input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo	<input type="checkbox"/> Salud Mental/ de Comportamiento
<input type="checkbox"/> Historial & Físico	<input type="checkbox"/> Radiografías	<input type="checkbox"/> Historial & Físico	<input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Notas de Visitas al Consultorio	<input type="checkbox"/> Reporte Radiológicos	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Reportes Radiológicos
<input type="checkbox"/> Reporte Operativo / de Procedimiento	<input type="checkbox"/> Notas de Rehabilitación (TF, TO, Language)	<input type="checkbox"/> Reporte Operativo /de Procedimiento	<input type="checkbox"/> Notas de Rehabilitación (TF, TO, Language)
<input type="checkbox"/> Reporte de Pruebas de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Registros de Facturación	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Registros de Facturación
<input type="checkbox"/> Reporte Patológico		<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Reporte Patológico
<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Other _____	

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN UN CONSENTIMIENTO ESPECIAL: En cumplimiento con el Estatuto de Wisconsin que requieren un permiso especial para divulgar información privilegiada, yo autorizo a que se divulgue la siguiente información. Marque todo lo que corresponda.

HIV/AIDS*
 Droga/Abuso de Alcohol/Tratamiento
 SANE
 SANE Fotos

PARA LAS SIGUIENTES FECHAS: Desde: _____ Hasta: _____

PROPOSITO DE DIVULGACION: *Por favor, escriba el propósito específico de divulgación o marque la categoría que corresponda.*

Cuidado Continuo
 Cambio a un Nuevo Proveedor
 Seguro de Salud/Reclamo
 Legal

Uso Personal
 Determinación de Discapacidad
 Compensación del Trabajador
 Evaluación de Rehabilitación Vocacional
 Otra _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Marque uno: Divulgación Verbal Divulgación por Escrito Vista Divulgación Electrónica/Digital
(especifique) _____

Forma de Divulgación: Correo Postal MyChart Fax _____

Lugar de Recolección: _____

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a Inspeccionar o a Recibir una Copia de la Información de Salud que se va a Usar o Divulgar – Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o de recibir una copia (a un precio razonable) de la información de salud que he autorizado a ser usada o divulgada por este formulario de autorización.

Derecho a Recibir una Copia de esta Autorización – entiendo que si estoy de acuerdo de firmar esta autorización, puedo recibir una copia.

Derecho a Negarme a Firmar esta Autorización – Entiendo que no tengo obligación de firmar este formulario y que ProHealth Care no puede condicionar tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad de beneficios médicos por mi decisión de firmar esta autorización con excepción de: a) tratamiento relacionado con investigación, b) inscripción en un plan de salud o elegibilidad, c) provisión de cuidado de salud cuyo único propósito es crear PHI (información de salud protegida) para divulgar a una tercera parte.

Derecho a Retirar esta autorización – Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento al hacer una declaración por escrito del retiro al Departamento de Divulgación de Información ProHealth Care. Soy consciente que el retiro no será efectivo en cuanto a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que las personas y organizaciones escritas más arriba hayan realizado anteriormente con respecto a esta autorización. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida por las normas de privacidad federales.

***Resultados de VIH:** Entiendo que mi resultado de VIH puede divulgarse sin autorización a personas /organizaciones que tienen acceso bajo las leyes del Estado y una lista de esas personas/organizaciones está disponible a mi pedido.

Copia o Facsimile (FAX) Válido como el Original.

Se le divulgó esta información de registros que están protegidos por normas de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las normas federales prohíben que haga otra divulgación de esta información a menos que una mayor divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización es efectiva hasta _____ o hasta 6 meses desde la fecha que se firmó e incluye los expedientes que fueron creados o existían en o antes de la fecha en que se firmó esta autorización. Esta incluye expedientes que fueron creados después de la fecha en que se firmó esta autorización y hasta la fecha de vencimiento. _____ (iniciales)

FIRMA DEL PACIENTE /REP. LEGAL: _____ **FECHA:** _____ **HORA:** _____

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, complete lo siguiente:

- 1. El individuo es: un menor legalmente incompetente o incapacitado fallecido
- 2. Autoridad Legal: padre* tutor legal familiar/albacea de fallecidos activated POA for Health Care

*Al firmar arriba, por la presente declaro que no me han negado la ubicación de este hijo menor de edad.

Información Divulgada por: _____ **FECHA:** _____ **HORA:** _____

Número de Páginas Divulgadas: _____

