

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre de paciente/Nombres anteriores _____ Fecha de Nacimiento _____ NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO _____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____ Número de teléfono _____

Autoriza La Divulgación Por:

- ☐ ProHealth Care Oconomowoc Memorial Hospital
 ☐ ProHealth Care Waukesha Memorial Hospital
☐ ProHealth Care Servicios de Salud Conductual
 ☐ ProHealth Works, Especificar Sitio _____
☐ PHMG, Especificar Clínica/Proveedor _____
 ☐ ProHealth Solutions Participante _____

☐ Otro (Nombre Del Proveedor De Salud/Plan/Otro: _____
 Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA A:

Nombre De Proveedor De Salud/Plan/Otro _____
 Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

INFORMACION QUE DEBE DIVULGARSE:

CLINICA		HOSPITAL	
☐ Resumen De Registros Clínicos De 2-3 años (El Resumen General Incluye Notas De Evolución, Consultas, Informes De Laboratorio y Radiología)		☐ Resumen Hospitalario (El Resumen General Incluye Resumen De Alta, Historia Clínica, y Exploración Física, Consultas, Informes Quirúrgicos, Análisis, Informes Radiológicos e Informe De Urgencias).	
☐ Historial Médico Completo	☐ Salud Mental/Conductual	☐ Historia Médico Completo	☐ Salud Mental/Conductual
☐ Historia y Examen Físico	☐ Radiografías	☐ Historia y Examen Físico	☐ Radiografías
☐ Notas De La Visita Al Consultorio	☐ Informe Radiológico	☐ Consulta	☐ Informe Radiológico
☐ Informe Quirúrgico/de Procedimiento	☐ Notas De Rehabilitación (PT, OT, discurso)	☐ Informe quirúrgico/de Procedimiento	☐ Notas De Rehabilitación (PT, OT, Discurso)
☐ Informe De Laboratorio	☐ Registros De Facturación	☐ Resumen De Alta	☐ Registros De Facturación
☐ Informe De Patológico		☐ Informe De Laboratorio	☐ Informe De Patológico
☐ Otro _____		☐ Otro _____	

INFORMACIONES QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO ESPECIAL: De Conformidad Con Los Estatutos de Wisconsin, Que Exigen Un Permiso Especial Para Divulgar Información Que De Otro Modo Sería Privilegiada, Autorizo Que También Se Divulgue La Siguiete Información. Marque Todas Las opciones que correspondan. ☐ VIH/SIDA* ☐ Abuso De Drogas/Alcohol/Tratamiento ☐ Enfermera Examinadora De Agresiones Sexuales (SANE) ☐ SANE Fotos

PARA LAS SIGUIENTES FECHAS: De: _____ A: _____

FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN: Indique El Propósito Específico De La Divulgación o Marque La Categoría correspondiente.

☐ Atención Continua ☐ Transferencia ☐ Fines Relacionados Con Seguros/Reclamaciones ☐ Legal ☐
Uso Personal ☐ Determinación De Discapacidad ☐ Indemnización Por Accidente Laboral ☐ Evaluación De
Rehabilitación Vocacional
☐ Otro _____

Marque Una opción: ☐ Autorización Verbal ☐ Liberación de papel ☐ Ver
☐ Lanzamiento electrónico/digital
(especificar) _____

Liberación por: ☐ Correo De EE. UU. ☐ MyChart ☐ Fax _____ ☐ Lugar De Recogida

(FRONT - 1/19)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a Inspeccionar o Recibir Una Copia De La Información Médica Que Se Utilizará o Divulgará - Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o recibir una copia (que se me proporcionará a un precio razonable) de la información médica que he autorizado a utilizar o divulgar mediante este formulario de autorización.

Derecho a recibir una copia de esta autorización - Entiendo que, si acepto firmar esta autorización, podré recibir una copia.

Derecho a Negarse a Firmar Esta Autorización - Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que Moreland OB-GYN no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios de atención médica a mi decisión de firmar esta autorización, excepto en lo que respecta a: a) tratamientos relacionados con la investigación, b) la inscripción o elegibilidad en un plan de salud, c) la prestación de atención médica con el único fin de crear información médica protegida (PHI) para su divulgación a un tercero.

Derecho a Retirar Esta Autorización - Entiendo que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento mediante una declaración por escrito dirigida al Departamento de Registros Médicos de Moreland OB-GYN. Soy consciente de que mi revocación no tendrá efecto en cuanto al uso y/o divulgación de mi información médica que las personas y/u organizaciones mencionadas anteriormente ya hayan realizado en referencia a esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad.

*** Resultados De La Prueba Del VIH:** Entiendo que los resultados de mi prueba del VIH pueden divulgarse sin autorización a personas u organizaciones que tengan acceso a ellos en virtud de las leyes estatales, y que se puede solicitar una lista de dichas personas u organizaciones.

Copia o Fax Validos Como Originales.

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar esta información a menos que se permita expresamente

mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita la norma 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

FECHA DE CADUCIDAD: Esta autorización es válida hasta _____ o 6 meses a partir de la fecha de la firma, e incluye los registros que se crearon o existían en la fecha de la firma de esta autorización o antes de ella. ☐ Esto incluye los registros que se creen después de la fecha de firma de esta autorización, hasta la fecha de vencimiento.

_____(iniciales)

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL: _____ **FECHA:** _____ **TIEMPO:** _____

1. Si lo firma una persona que no sea el paciente, complete lo siguiente: Individual es: ☐ menor de edad ☐ legalmente incompetente o incapacitado ☐ fallecido
2. Autoridad legal: ☐ Padre/madre* ☐ Tutor legal ☐ familiar más cercano/albacea del fallecido ☐ Poder notarial activado para la atención médica * Al firmar arriba, declaro que no se me ha negado la custodia física de este menor.

Información Publicada Por: _____ **FECHA:** _____ **TIEMPO:** _____

Número De Páginas Publicadas: _____