

Por favor, rellene el formulario completamente y, si hay dudas acerca del presente, comuníquese con el departamento apropiado del control de información de salud (Health Information Management), también conocido como expedientes médicos, por teléfono, por uno de los números de fax mencionados arriba o por correo electrónico a Healthinformation@froedtert.com.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
 Teléfono: _____ Número de expediente médico (si se conoce): _____

2. AUTORIZO AL SIGUIENTE LUGAR PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN:

- Drexel Surgery Center
- Froedtert & the Medical College of Wisconsin Community Physicians
- Froedtert Community Hospitals
- Froedtert Hospital
- Froedtert Menomonee Falls Hospital
- Otro: Agencia/Instalación/Persona para divulgar la información:
 Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fax #: _____
- Froedtert Surgery Center
- Froedtert West Bend Hospital
- Lake Country Surgery Center
- Medical College of Wisconsin
- West Bend Surgery Center

3. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL SIGUIENTE LUGAR:

 Agencia/Instalación/Persona

 Dirección

 Ciudad/Estado/Código postal
 Teléfono: _____ Fax #: _____

4. MOTIVO POR LA DIVULGACIÓN

- Atención médica adicional: ¿se está mudando? Sí No
- Elegibilidad/beneficios de seguro médico
- Motivos personales
- Determinación de discapacidad
- Completar formularios
- Investigación legal: Certificado Sí No
- Otro:

5. TIPO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE A DIVULGAR

INFORMACIÓN CLÍNICA	INFORMACIÓN HOSPITALARIA
<input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica de los últimos 2-3 años: Fechas: _____ hasta: _____ <i>Por motivos de atención médica continua, se incluirá una extracción general de los siguientes datos: los comentarios de evolución, información de las consultas médicas, los análisis del laboratorio e informes radiológicos.</i>	<input type="checkbox"/> Resumen de estancia hospitalaria: Fechas: _____ hasta: _____ <i>Se incluirá una extracción general de los siguientes datos: un resumen del alta, historial clínico y exploración física, información de las consultas médicas, informes quirúrgicos, análisis del laboratorio, informes radiológicos e informes del departamento de emergencias.</i>
<input type="checkbox"/> Expediente médico entero para las siguientes fechas de servicio: De: _____ A: _____	<input type="checkbox"/> Registro médico entero para la(s) siguiente(s) fecha(s) de servicio: De: _____ A: _____
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio: Fecha(s): _____ <input type="checkbox"/> Informes de radiología: Fecha(s): _____ <input type="checkbox"/> Imagen de radiología: Fecha(s): _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio: Fecha(s): _____ <input type="checkbox"/> Informes de radiología: Fecha(s): _____ <input type="checkbox"/> Imagen de radiología: Fecha(s): _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____

6. INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN

Entregado por: Servicio postal Entrega física Fax **Imágenes:** Físicos Electrónicos **MyChart:** Paciente Apoderado(s) Todos

7. PLAZO DE VIGENCIA

Se autoriza la presente hasta _____ (si la fecha está ausente, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma), que incluye todos los registros anteriores hasta la fecha de la firma.
 Incluir los registros creados después de la fecha de la firma de la presente, hasta la fecha de caducidad. _____ (iniciales)

8. INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Es importante que lea la información a continuación:**
- Entiendo que la información divulgada puede incluir información relacionada con pruebas genéticas o el diagnóstico o tratamiento de un trastorno mental o abuso de sustancias, una enfermedad de transmisión sexual (ETS), una prueba de VIH o una discapacidad del desarrollo.
 - Entiendo que tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento. Tal revocación tendrá que realizarse por escrito y presentarla ante el Departamento de Información de Salud (Health Information Management), pero no se aplicará a información ya divulgada.
 - **Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información de salud divulgada y recibir una copia, y que cualquier copia del expediente médico que me brindan conlleva un costo.**
 - Entiendo que, si autorizo la divulgación de mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a un proveedor médico de una entidad no cubierta o a una organización que no sea parte de un plan médico o repositorio de información médica (clearinghouse), los cuales no son sujetos a las leyes federales de privacidad para información de salud, tal información divulgada puede ser compartida con terceros y perder las protecciones otorgadas por la ley de salud federal.
 - Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y que mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento.
 - Una fotocopia o fax de esta autorización se considerará tan válida como el original.

9. FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Firma del paciente o representante legal **Fecha** **Hora**

- Si una persona, que no sea el paciente, firma la presente autorización, indique su autoridad legal:
- Tutor legal del paciente (se requiere prueba de tutoría).
 - Padre del niño menor ya mencionado y afirmo que no he sido negado períodos de colocación física con mi hijo por un tribunal.
 - El representante legal de un paciente difunto (se requiere prueba).
 - Representante legal para decisiones médicas (healthcare agent) (se requiere declaración y prueba de incapacidad del paciente).

Internal Use Only: If releasing records in clinic/facility complete section below:

Name: _____ Phone #: _____ Records sent to Fax #: _____

