

Envíe este formulario por correo, fax o correo electrónico a (HealthInformation@froedtert.com) a Froedtert Hospital ATTN: Health Information Department, Hartford Health Center ATTN: Health Information Department o, si es una solicitud de Holy Family, use el correo: HFMROIRequests@froedtert.com. Si tiene preguntas, comuníquese con el departamento del control de información de salud (Health Information Management) con los números de teléfono mencionados arriba.

**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:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Drexel Surgery Center   | <input type="checkbox"/> Froedtert Surgery Center     |
| <input type="checkbox"/> Froedtert & the Medical College of Wisconsin Community Physicians | <input type="checkbox"/> Froedtert West Bend Hospital |
| <input type="checkbox"/> Froedtert Community Hospitals                                     | <input type="checkbox"/> Lake Country Surgery Center  |
| <input type="checkbox"/> Froedtert Hospital  | <input type="checkbox"/> Medical College of Wisconsin |
| <input type="checkbox"/> Froedtert Menomonee Falls Hospital                                | <input type="checkbox"/> West Bend Surgery Center     |
| <input type="checkbox"/> Otro: Agencia/Instalación/Persona para divulgar la información:   | <input type="checkbox"/> Holy Family Memorial         |
- Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**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**

- Resumen de historia clínica de los últimos 2-3 años: Fechas: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_  
*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.*
- Expediente médico entero para las siguientes fechas de servicio:  
 De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Informes de laboratorio: Fecha(s): \_\_\_\_\_  
 Informes de radiología: Fecha(s): \_\_\_\_\_  
 Imagen de radiología: Fecha(s): \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN HOSPITALARIA**

- Resumen de estancia hospitalaria: Fechas: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_  
*Se incluirá una extracción general de los siguientes datos: un resumen del alta, historia clínica y exploración física, información de las consultas médicas, informes quirúrgicos, análisis del laboratorio, informes radiológicos e informes del departamento de emergencias.*
- Registro médico entero para la(s) siguiente(s) fecha(s) de servicio:  
 De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Informes de laboratorio: Fecha(s): \_\_\_\_\_  
 Informes de radiología: Fecha(s): \_\_\_\_\_  
 Imagen de radiología: Fecha(s): \_\_\_\_\_  
 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 realizar por escrito y presentarla ante al 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 # \_\_\_\_\_

