

Por favor complete todos los artículos del formulario y si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el Departamento de Información de salud (Registros médicos) apropiado

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
Teléfono: _____ Número de registro médico (si es conocido): _____

2. YO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE:

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

3. YO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A:

Agencia/Instalación/Persona

Dirección

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

4. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

- Atención médica adicional: Reubicándose Sí No Elegibilidad/beneficios de seguro médico Razones personales
- Determinación de discapacidad Completar formularios Investigación legal: Certificado Sí No Otro:

5. TIPO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE A DIVULGAR

CLÍNICA	HOSPITAL
<input type="checkbox"/> Registro clínico resumen de 2-3 años: de: _____ A: _____ <i>Para propósitos de atención continua, se mandará un resumen general el cual incluye: Informes de progreso, consultas, Laboratorio, e informes de radiología.</i>	<input type="checkbox"/> Resumen hospitalario: de: _____ A: _____ <i>Se mandará un resumen general el cual incluye resumen de alta hospitalaria, historial y físico, consultas, informes de operación, laboratorio, informes de radiología, y la sala de emergencias.</i>
<input type="checkbox"/> Registro médico entero de la(s) siguiente(s) fecha(s) 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 laboratorio: Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> Informes de radiología: Fecha(s): _____ <input type="checkbox"/> Imagen de radiología: 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"/> Otro: _____

6. INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN

Divulgado por: Servicio postal Recogido Fax **Imágenes:** Papel Electronic **My Chart:** Paciente Apoderado(s) Todo

7. AUTORIZACIÓN VIGENTE HASTA

Esta autorización está vigente hasta _____ (si no se anota una fecha la autorización estará vigente por 1 año desde la fecha firmada) e incluye registros que fueron creados o existían en o antes de la fecha que se firmó esta autorización.
 Esto incluye registros que fueron creados después de la fecha que se firmó esta autorización, hasta la fecha de caducidad. _____ (iniciales)

8. INFORMACIÓN IMPORTANTE

Es importante que lea la información a continuación:

- Yo entiendo que la información que se divulgará puede incluir información relacionada con el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad mental, trastornos relacionados con el abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, resultados de análisis del VIH, discapacidades del desarrollo, y resultados de pruebas genéticas.
- Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si yo revoco esta autorización, lo tengo que hacer por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Información de Salud (Health Information Management). Entiendo que la revocación no aplica a la información que ya se haya divulgado.
- Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y/o recibir una copia de la información de salud a ser divulgada y que puede que se me cobre una tarifa por cualquier copia del registro médico que yo reciba.
- Yo entiendo que, si las personas u organizaciones que autorizo a recibir y/o usar la información de salud protegida descrito en este formulario no sean planes médicos, proveedores médicos cubiertos, o un repositorio de atención médica sujeto a las leyes federales de privacidad para información de salud, éstos podrían divulgar a otros la información de salud protegida y posiblemente ya no sería protegida por la ley de salud federal.
- Yo 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 del representante legal Fecha Hora

Si firmado por una persona que no sea el paciente, declare la autoridad legal:

- Tutor legal del paciente (se requiere prueba de tutoría).
- Padre del niño menor antedicho y represento que no he sido negado períodos de colocación física con mi hijo por una corte.
- El representante legal de un paciente difunto (se requiere prueba).
- El agente bajo una carta poder del paciente para atención médica (se requiere prueba y declaración de incapacidad).

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

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

