Edgerton Hospital
Edgerton Hospital Milton Clinic
Edgerton Hospital Fulton Square Clinic
Edgerton Hospital Whitewater Clinic
Edgerton Hospital Quick Care

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

_____ Nombre, inicial del segundo nombre, apellido del paciente (nombres anteriores)

_____ Fecha de nacimiento

(_____)_____ Teléfono

_____ Dirección

_____ Ciudad, estado, código postal

AUTORIZA:

_____ Personas/agencia/organización **que revelan la información**

_____ Dirección

_____ Ciudad, estado, código postal

_____ Fax

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A:

_____ Personas/agencia/organización **que reciben la información**

_____ Dirección

_____ Ciudad, estado, código postal

_____ Fax

INFORMACIÓN QUE SE USARÁ O REVELARÁ:
❑ Notas de progreso ❑ Informe de visita/procedimiento ❑ Historia médica y examen físico ❑ Resumen del alta
❑ Evaluación ❑ Plan de tratamiento ❑ Problemas/necesidades de educación ❑ Informes de laboratorio ❑ Informes por imágenes
❑ Expediente completo ❑ Imágenes médicas ❑ Registros de facturación ❑ Expediente de vacunas* ❑ Informe oral
❑ Información específica relacionada con:_____

Especifique más *(si es necesario)*: _____
**El expediente de vacunas puede obtenerse mediante el Registro de Vacunas de Wisconsin*

SEGÚN LOS REQUISITOS DE LA LEY DE WISCONSIN, SOLICITO ESPECÍFICAMENTE QUE SE REVELE EL SIGUIENTE EXPEDIENTE±:
[Marque todo lo que corresponda]
❑ Salud mental ❑ Discapacidades del desarrollo ❑ Consumo de alcohol y otras drogas ❑ Resultados de pruebas de VIH
❑ Otro (especifique):_____
±NOTA PARA EL DESTINATARIO: Esta información se reveló del expediente cuya confidencialidad está protegida por la ley federal y estatal. Las reglamentaciones federales (42 CFR - Parte II) y los estatutos de Wisconsin 51.30 y 51.61 le prohíben revelarla sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitan dichas reglamentaciones. **Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo NO ES SUFICIENTE para este propósito.**

PARA LAS FECHAS DE SERVICIO: Del:_____/_____/_____Al:_____/_____/_____
MM DD AAAA MM DD AAAA

(Si no se escribe una fecha de finalización, esta autorización seguirá vigente hasta la fecha de vencimiento que se indica en la página 2).

EL EXPEDIENTE QUE SE REVELARÁ INCLUYE EL QUE SE GENERÓ EN TODOS LOS CENTROS DE EDGERTON HOSPITAL AND HEALTH SERVICES.

MOTIVO DE LA REVELACIÓN: (marque las categorías que correspondan)
❑ Coordinación de la atención ❑ Elegibilidad/Beneficios del seguro ❑ Resolución de reclamos ❑ Uso personal ❑ Investigación legal
❑ Atención médica adicional [necesaria para el consumo de alcohol o drogas según 42 CFR s. 2.2]
❑ Otro (especifique):_____

Edgerton Hospital
Edgerton Hospital Milton Clinic
Edgerton Hospital Fulton Square Clinic
Edgerton Hospital Whitewater Clinic
Edgerton Hospital Quick Care

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a recibir una copia de esta autorización – Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Derecho a negarme a firmar esta autorización - Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que Edgerton Hospital and Health Services no puede condicionar el tratamiento ni el pago según mi decisión de firmar esta autorización, excepto en lo que respecta a: a) tratamientos relacionados con la investigación o b) la atención médica que tenga como único fin la creación de PHI para su revelación a terceros.
Nota--La ley de WI exige la autorización del paciente para revelar el expediente de VIH con fines de pago.

Derecho a cancelar esta autorización - Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una declaración por escrito a la Oficina de HIM de Edgerton Hospital and Health Services a la dirección que se indica abajo. Entiendo que la cancelación no entrará en vigor hasta que la reciba Edgerton Hospital and Health Services y no tendrá efecto con respecto a los usos o revelaciones de mi información médica que Edgerton Hospital and Health Services haya hecho antes de recibir mi declaración de cancelación.

Derecho a revisar o copiar la información médica que se usará o revelará - Entiendo que tengo derecho a revisar o copiar (se me puede dar a una tarifa razonable) la información médica que autoricé que se use o revele mediante este formulario de autorización. Puedo coordinar para revisar mi información médica u obtener copias comunicándome con la Oficina de HIM de Edgerton Hospital and Health Services al contacto que se indica abajo.

AVISO DE NUEVA REVELACIÓN:
Entiendo que la información que se use o revele según esta autorización puede volver a revelarse y dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad.

FECHA DE VENCIMIENTO:
Esta autorización caduca la medianoche del año siguiente a la fecha de mi firma, a menos que se indique lo contrario. Otra fecha de vencimiento o evento: _____.

Pude revisar y entiendo este formulario de autorización de dos lados. Firmando este formulario, confirmo que refleja exactamente mi voluntad.

FIRMA:_____**FECHA**:_____

Si un representante en nombre del paciente firma esta autorización, complete lo siguiente:
Nombre del representante:_ _____

Autoridad legal: ❑ Tutor legal ❑ Padre/madre del menor ❑ Agente de atención médica_____
❑ Cónyuge de la persona que falleció ❑ Representante personal/pareja de la persona que falleció

CONTACTO DE LA OFICINA DE HIM DE EDGERTON HOSPITAL AND HEALTH SERVICES:

Edgerton Hospital and Health Services
ATTN: HIM
11101 N. Sherman Rd.
Edgerton, WI 53534
Teléfono: 608-884-1628
Fax: 608-884-1626