



Autorización para el uso o revelación de información médica protegida (Intercambio verbal o de expedientes médicos)

PATIENT LABEL

MRN: _____

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido	Inicial del 2º nombre	Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado
(____)	(____)		Código postal
Tel. celular	Tel. de casa	Correo electrónico	

2. AUTORIZO QUE SE LIBERE INFORMACIÓN DE:

3. LA INFORMACIÓN SERÁ BRINDADA O INTERCAMBIADA CON:

<input type="checkbox"/> Children's Wisconsin <input type="checkbox"/> Clínicas campus principal (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Atención primaria: sitio: _____ <input type="checkbox"/> Consejería familiar y del niño: Sitio: _____ <input type="checkbox"/> Otra clínica de CW (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Surgicenter <input type="checkbox"/> Clínicas de Fox Valley <input type="checkbox"/> Otro: _____	Nombre / Institución Dirección Ciudad Estado Código postal (____) (____) Teléfono Fax
--	---

4. MOTIVO POR EL CUÁL SE NECESITA LA INFORMACIÓN: (Podría aplicarse una cuota por copias).

- Continuidad de la atención médica
 Uso personal
 Investigación legal
 Derivación
 Cobertura del seguro médico
 Uso escolar
 Otro: _____

5. INTERCAMBIO VERBAL DE INFORMACIÓN:

- MARQUE ESTA CASILLA PARA PERMITIR COMUNICACIÓN VERBAL ENTRE LOS INDICADOS ANTERIORMENTE
 • **AVISO- Si únicamente se permite comunicación verbal y NO se deben enviar expedientes médicos, saltese hasta el número 7.**

6. INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO A SER REVELADA: (Ver consejos importantes al reverso):

- Expedientes clínicos (especifique) _____
 Expedientes de hospitalización de las siguientes fechas de servicio: Desde: _____ Hasta: _____
 Únicamente los documentos especificados: _____
 Consultas
 Resumen del alta
 Diagnóstico
 Visita a emergencias
 Historial y examen físico
 Laboratorio
 Informe quirúrgico
 Informe de patología
 Informe de radiología
 Otro: _____
 Imágenes de radiología _____
 Otro: _____

7. NO QUIERO QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SEA DIVULGADA DE NINGUNA MANERA: (Según lo definido por las leyes estatales y federales aplicables)

- Salud mental
 Enfermedades de transmisión sexual
 Resultados de pruebas del VIH
 Genética
 Tratamiento por alcohol y drogas
 Otro (Escríbalo): _____

8. FORMATO DE LOS REGISTROS QUE SE VAN A DIVULGAR:

- Seleccione una opción:
 Verbal
 Papel
 MyChart
 Correo electrónico
 CD o DVD
 (Los cargos incluyen los gastos de envío)
 (no tiene cargos)

9. FECHA DE VENCIMIENTO:

Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha o evento: (no exceder 3 años): _____
 Si no se especificó fecha, esta autorización estará vigente por tres (3) años a partir de la fecha firmada abajo. Esto incluye los expedientes que se hayan creado después de la fecha en la que esta autorización fue firmada, hasta la fecha de su vencimiento.

10. FAVOR DE VER AL REVERSO DE ESTE FORMULARIO ANTES DE FIRMARLO PARA MÁS INFORMACIÓN.

Acepto lo indicado en la información anterior, la he leído y comprendido; asimismo acepto lo leído y comprendido al reverso de este formulario y autorizo la revelación de información médica del paciente, ya sea mía o de mi hijo.

Firma del paciente, padre o tutor legal. _____ Fecha _____

- Padre - Declaro ser el padre o tutor del menor arriba mencionado.
 Propio
 Tutor legal (debe proporcionar documentación)
 Otro (favor de especificar) _____

11. PARA EL PERSONAL: _____ Fecha: _____

Favor de ver al reverso de este formulario para saber cuándo se requiere que un testigo firme el formulario.

LA DIVULGACIÓN FINAL DE LOS EXPEDIENTES ES A DISCRECIÓN DEL DEPARTAMENTO DE EXPEDIENTES MÉDICOS.



**INFORMACIÓN ADICIONAL REFERENTE A LA DIVULGACIÓN
DE EXPEDIENTES MÉDICOS DE CHILDREN'S WISCONSIN****FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR VOLUNTARIAMENTE EL FRENTE DE ESTE FORMULARIO.**

Todas las entidades de Children's Wisconsin respetan el derecho a la privacidad y confidencialidad de información médica. He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de ambos lados de este formulario.

Revelación (divulgación) de información

Las leyes de confidencialidad federales y de Wisconsin protegen esta información.

Las leyes prohíben que esta información sea divulgada a menos que:

- La persona a quién pertenece la información lo autorice por escrito, o
- Que por otro lado sea permitido por la ley.

Comprendo que la persona que recibe esta información (destinatario) podría a su vez revelar esta información. Si esto sucediera, la información podría ya no ser protegida por las leyes estatales o federales.

DERECHO A NEGARSE A FIRMAR

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me niego a firmar. El tratamiento, el pago o la inscripción a un plan de atención médica no serán afectados si me niego a firmar.

REVOCACIÓN

Comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para hacerlo, debo presentar mi revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Mi revocación no aplicará a la información médica confidencial que ya haya sido revelada como respuesta a este u otro formulario de divulgación.

RESPONSABILIDAD

Todas las entidades, empleados, agentes, o médicos a cargo están liberados de toda responsabilidad legal por la divulgación de información de acuerdo a lo indicado en este formulario.

VALIDEZ DE LOS FORMULARIOS

Una fotocopia o impreso enviado por fax de este Formulario de Revelación es tan válido como el original.

LAMINILLAS ORIGINALES DE PATOLOGÍA

En ciertas circunstancias, los especímenes o laminillas de patología son prestadas a otros profesionales de atención de salud. Estos especímenes o laminillas deben ser regresados dentro de los 30 días de haber sido enviados por el departamento del laboratorio.

FIRMA DEL PERSONAL: Se requiere la firma de alguien del personal en el formulario si:

- El padre o tutor legal no puede firmar o puede hacer sólo una marca.
- El menor con derechos legales, solicita esta información.
- Si el personal está asistiendo al paciente o a la familia con el llenado de este formulario.
- En otras ocasiones cuando se decida que un testigo es necesario.

CONSEJOS IMPORTANTES: Para cada una de las áreas numeradas en el formulario:

- #1- Imprima y asegúrese de incluir la fecha de nacimiento del paciente.
- #2- Especifique el sitio del cual desea que se divulguen sus expedientes.
- #3- Si se revelan a un doctor, incluya el hospital o el sitio donde se ubica.
- #4- Si es una solicitud militar, anote el motivo bajo Otro.
- #5- Marque si está autorizando comunicación verbal.
- #6- Especifique bien cuáles expedientes médicos serán revelados.
- #7- Si usted no desea que se divulgue información específica, usted deberá marcar la casilla para que ésta no se incluya.
- #8- Elija la manera en que se divulgará la información.
- #9- Esta autorización será válida por tres años, a menos que se haya indicado otra fecha.
- #10- Asegúrese de firmar y fechar el formulario.

- Si necesita asistencia para llenar este formulario, favor de comunicarse con el Departamento de Expedientes Médicos al 414-266-2300. También puede enviar por fax el formulario al 414-266-6316 o enviarlo por correo electrónico a MedicalRecords@childrenswi.org
- Asegúrese de que el formulario esté completamente llenado para asegurar que se procese a tiempo.

