

Tips for Use of Authorization for Release of Verbal Communication AND Exchange of Written Information

PURPOSE: To ensure authorization is on file for current and future sharing of information between those listed in Sections 2 and 3 only

Examples for use (but not limited to):

- School issues (ADD, IEP, asthma or other chronic conditions) communicated with and released to school staff
- Working with payers to certify/pre-approve services
- Coordination of community/social services (excluded from continuity of care purposes which doesn't require an authorization)
- Coordination of medical services where special authorization is required: Mental Health, AODA, HIV test results where both verbal AND written authorization is needed

Examples **NOT** for use:

- **NOT INTENDED FOR HIM (Health Information Management) TO IMMEDIATELY RELEASE COPIES – ONLY THE PERSON LISTED IN SECTIONS 2 AND 3 MAY SHARE**
- Provider to provider exchange of PHI (does not require authorization)
- For the sole purpose of release of copies of PHI
 - Use form UWH#1280490-DT Authorization for Release of Medical Information
- For the sole purpose of authorizing verbal communication
 - Use form UWH# 1280490V-DT Authorization for Verbal Communication and/or to Leave Voice Mail Messages
- 'General catch all authorization' to capture any and all type of authorization needed

Form Completion Tips:

Section 1 - Use label with MRN and DOB, if not already pre-populated when printing from Cadence

Section 2 - Check either UW Health or a particular clinic/unit or specific person authorized to exchange information

- Least Restrictive: Check UW Health (covers all UW Health locations)
- Moderately Restrictive: List clinic/unit which allows all appropriate staff from that clinic/unit to exchange information (allows for coverage within the clinic)
- Most Restrictive: List an individual person (limits the exchange for that person only)

Section 3 - Enter name of organization/person authorized to receive/exchange information with that listed in Section 2

- Least Restrictive: Organization
- Moderately Restrictive: Smaller section within an organization
- Most Restrictive: Individual person (including first and last name)
- Full address should be included to allow for exchange of PHI
- Phone number is only required when authorized to communicate via telephone and/or leave voice mail messages
- **NOTE:** Only one person/organization may be listed per authorization. If multiple people/organizations are desired, an authorization is required for each one, except for mother/father from same household

Sections 4 and 5 include what type(s) of information can be shared - These boxes are pre-checked as both situations must apply in order to use this authorization

- Section 4 – (**Must be Completed**) Written: Can define by condition/diagnosis (Asthma, ADD, Lung Cancer), date range (past 5 years), or other (specific forms/tests/procedures, etc.)
- Section 5 – Verbal: Two-way communication

Section 6 - Additional options for voice mail - Check box if patient authorizes voice mail messages to be left at the number listed in Section 3

- If patient authorizes leaving detailed voice mail on the patient's own voice mail, the Authorization for Verbal Communication and/or to Leave Voice Mail Messages authorization (UWH #1280490V-DT) should be used instead of this form
- Authorization includes any information to be left on voice mail, unless patient specifies on the authorization such limitations (example: No lab results, no OB appointment information, etc.)

Section 7 – Purpose of disclosure - Care Coordination is prepopulated as a default. If other reason, please enter

Section 8 – Authorization expiration - Standard expiration date will be one year from date of signature unless a new date is entered – if a longer period of time is requested by the patient, a five year range is a good timeframe to use

- **NEW:** The option of Indefinite has been removed in order to reduce the risk of unknown authorization over a long period of time (patient forgets about an indefinite authorization)

Authorization paragraph:

This authorization includes disclosure of information regarding **psychiatric consults and mental illness, developmental disabilities, alcohol or drug treatment, AIDS or AIDS-related illness, sexually transmitted infection, and/or HIV test results**, unless the patient chooses to limit the information authorized.

- To do that, they must list the limitations in the space provided.

Signature of Patient/Representative: Signed by person legally authorized to sign

Signature of Guardian - Guardianship is a legally authorized designation – see FYI flag and scanned document for appropriate legal papers

- Stepparent cannot sign unless legal papers are on file

Date – Enter the date in which the patient/representative/guardian signed the authorization

Patient is/Legal Authority – Complete if Guardian/Representative is completed



University of Wisconsin Hospital and Clinics (UWHC)
 University of Wisconsin Medical Foundation (UWMF, UW Health Physicians)
 UW Health Rehabilitation Hospital

Health Information Management
 8501 Excelsior Drive
 Madison, WI 53717

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN
 Autorización para la Divulgación de
 Comunicación Verbal E Intercambio
 de Información Escrita**

1. Información del Paciente

Nombre- Apellido, Nombre de Pila, Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Expediente Médico (si lo conoce)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

2. Intercambio de Información entre: UW Health (o):

Nombre – (p.ej. Institución Médica, Doctor...)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal

3. Y: (sólo una persona/organización/n° de teléfono por autorización)

Nombre – (p.ej. Compañía de Seguro Médico, Abogado, Escuela, Doctor, Paciente...)		
Dirección	Número de Teléfono	
Ciudad	Estado	Código Postal

Información a ser Divulgada: TANTO información verbal COMO escrita – si se solicita exclusivamente una, use la Autorización para la Divulgación de Información Médica 1280490-DT o la Autorización para la Comunicación Verbal 1280490V-DT.

4. Documentación Escrita del Expediente Médico a ser Divulgada (para ser considerado válido una de las líneas siguientes debe ser completada):

Documentación pertinente a (Fechas o Condiciones): _____

Otro (describalo): _____

E

5. Intercambio de Comunicación Verbal entre aquellos indicados en las Secciones 2 y 3

6. Opción adicional para dejar un MENSAJE DE VOZ a aquellos indicados en la Sección 3

El buzón de voz incluye cualquier información, a menos que se especifique: _____

7. Propósito o Necesidad de la Divulgación: Coordinación de cuidados a menos que se especifique de otra manera: _____

8. Esta autorización se vencerá un año después de la firma a menos que se indique lo contrario abajo:

Otra fecha de vencimiento o evento específico (especifíquelo): _____ (día/mes/año)

****POR FAVOR, VEA EL DORSO PARA RECIBIR INFORMACIÓN ADICIONAL****

De acuerdo a las condiciones indicadas arriba y al dorso de este formulario, autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica. Esta autorización incluye la divulgación de información referente a consultas psiquiátricas y enfermedades mentales, discapacidades del desarrollo, tratamiento para el consumo de alcohol o drogas, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, infecciones de transmisión sexual, y/o resultados de la prueba del VIH, a menos que yo limite la divulgación para excluir lo siguiente:

Firma del Paciente/Representante _____ **Fecha:** _____ (día/mes/año)

Si lo firma otra persona distinta al paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo. (Vea el dorso para recibir más información)

Nombre en Letra de Molde _____ Relación: _____

El Paciente es: Menor de edad Incompetente / Incapacitado

Autoridad Legal: Tutor Legal Padre/Madre del Menor

Agente de Cuidados Médicos Otro _____

INFORMACIÓN ADICIONAL REFERENTE A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Los Proveedores Médicos de UW Health (incluyendo a los proveedores del Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin (University of Wisconsin Hospital and Clinics o UWHC), la Fundación Médica de la Universidad de Wisconsin (University of Wisconsin Medical Foundation o UWMF), y ciertas unidades de la Universidad de Wisconsin – Madison respetan el derecho de un paciente a la confidencialidad de su información médica tal como lo establece la ley federal y estatal. Por favor, lea las siguientes pautas antes de firmar esta autorización.

Divulgación de Información: La información divulgada puede ser obtenida a través del expediente médico de UWHC y UWMF. Puede ser obtenida a través de múltiples formularios en papel o electrónicos (según sea pertinente). Puede incluir elementos de datos procedentes de fuentes externas incluidas en gráficas y documentos. Las copias divulgadas a través del Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management) incluyen únicamente documentación médica.

El Envío por Correo de Autorizaciones a UW Health: Las Autorizaciones para la mayoría de las Clínicas de UW Health pueden ser enviadas por correo a **UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive Madison, WI 53717**. Vea una lista detallada de las clínicas que divulgan su propia documentación en www.uwhealth.org. Esta información se encuentra en la sección para Pacientes y Visitantes (Patient and Visitor), Cómo Obtener Copias de su Expediente Médico (Obtaining Your Medical Records), y entonces Cómo Obtener Copias de su Expediente Médico para todas las ubicaciones de UW Health (Obtaining Medical Records for all UW Health sites).

Comunicación Verbal. Esta autorización permite la comunicación verbal (tanto en persona como por teléfono) entre UW Health y la(s) persona(s) designada(s) en este formulario (Secciones 2 y 3). Además, provee la opción de permitir que UW Health deje mensajes de voz en un sistema de mensajes a la(s) persona(s) indicada(s) en la Sección 3. Se hace para proporcionar una comunicación más puntual.

Normas Federales de Privacidad de HIPAA: Estas normas federales indican cuándo puede ser utilizada o divulgada su información médica protegida sin su autorización. Por favor, vea nuestro Aviso Sobre las Normas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) para recibir información adicional.

Derecho a la Privacidad de Wisconsin. Bajo la Ley de Wisconsin, usted tiene el derecho de estar exento de invasiones no razonables de su privacidad. El estatuto del "Derecho a la Privacidad" (*Right to Privacy*) de Wisconsin evita que los individuos usen su nombre, descripción, o fotografía con propósitos de publicidad o negocios sin obtener primero su autorización por escrito.

No Está Obligado a Firmar: Usted no tiene ninguna obligación de firmar este formulario, y puede negarse a hacerlo. Excepto en lo permitido bajo las leyes pertinentes, los Proveedores Médicos de UW Health no pueden negarse a proporcionarle tratamiento ni otros servicios médicos si usted se niega a firmar este formulario.

Revocación. Usted tiene el derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que se venza. Sin embargo, su revocación escrita no afectará ninguna divulgación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) indicada(s) al dorso de este formulario ya haya(n) realizado, según esta autorización, antes de que la revoque. Además, si esta autorización fue obtenida con el propósito de recibir cobertura del seguro médico, es posible que su revocación no sea efectiva en ciertas circunstancias donde el asegurador esté disputando una reclamación. Debe realizar su revocación por escrito y enviarla a: UW Health - Health Information Management a la dirección indicada arriba.

Nueva Divulgación: Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizada(s) por este formulario a recibir su información médica no es/son proveedor(es) de cuidados médicos u otra(s) persona(s) sujeta(s) a las leyes federales para la privacidad médica, la información médica que reciban puede perder su protección bajo las leyes federales para la privacidad médica, y es posible que se permita que esa(s) persona(s) vuelva(n) a divulgar su información médica sin su permiso previo.

Derecho a la inspección. Usted tiene derecho a inspeccionar o copiar la información médica cuya divulgación está autorizando, con ciertas excepciones estipuladas bajo la ley estatal y federal. Si desea inspeccionar su documentación, contacte al Departamento de Cuentas de Pacientes (Patient Accounting) o al Departamento de Expedientes Médicos (Medical Records) de UW Health - Health Information Management (vea la dirección arriba).

Costo de las copias. Si está solicitando la divulgación/revelación de información médica a otros hospitales, clínicas, o doctores para recibir cuidados médicos adicionales, no le cobraremos una tarifa por las copias. Debe pagar por las copias que solicite con otros propósitos.

Formatos Múltiples para la Divulgación de Documentación Médica (Papel versus DVD): Usted puede solicitar documentación tanto en formato papel como en DVD, sin embargo sólo se divulgará un formato por cada autorización. Le pedirán que presente una solicitud distinta para cada formato si desea tener ambos (y es posible que le cobren por cada solicitud).

Firmas. Generalmente, si tiene 18 años o más, usted es la única persona a la que se permite firmar un formulario para autorizar la divulgación de su información médica. Si es menor de 18 años, su padre/madre o tutor legal debe firmar este formulario por usted. Sin embargo, hay muchas situaciones en las que esta regla general no es pertinente. Para recibir más información con relación a quién está autorizado a firmar este formulario, contacte a UW Health - Health Information Management, a la dirección indicada arriba o llame al (608) 263-6030, Opción 3.



University of Wisconsin Hospital and Clinics (UWHC)
 University of Wisconsin Medical Foundation (UWMF, UW Health Physicians)
 UW Health Rehabilitation Hospital

Health Information Management
 8501 Excelsior Drive
 Madison, WI 53717

**EXCHANGE OF INFORMATION
 Authorization for Release of Verbal
 Communication AND Exchange of
 Written Information**

1. Patient Information

Name- Last, First, MI See Spanish Version	Date of Birth See Spanish Version	Medical Record Number (if known) See Spanish Version
Street Address See Spanish Version	City See Spanish Version	State See Spanish Version
		Zip See Spanish Version

2. Exchange of Information between: UW Health (or): **3. And:** (only one person/organization/phone # per authorization)

Name – (e.g. Health Facility, Physician...) See Spanish Version		
Address See Spanish Version		
City	State	Zip Code
See Spanish Version		

Name – (e.g. Insurance Company, Lawyer, School, Physician, Patient...) See Spanish Version		
Address See Spanish Version	Phone Number	
City	State	Zip Code
See Spanish Version		

Information to be Disclosed: BOTH verbal and written information - if only one is exclusively being requested, use Authorization for Release of Medical Information 1280490-DT or Authorization for Verbal Communication 1280490V-DT.

4. Written Medical Record Documentation to be Disclosed (to be considered valid either line below must be completed):

Records pertaining to (Dates or Conditions): See Spanish Version

Other (describe): See Spanish Version

AND

5. Exchange of Verbal Communication between those listed in Sections 2 & 3

6. Additional option to leave VOICE MAIL to those listed in Section 3

Voice mail includes any information, unless specified: See Spanish Version

7. Purpose or Need for Disclosure: Care Coordination unless otherwise specified: See Spanish Version

8. This authorization will expire one year from signature unless otherwise indicated below:

Other specific expiration date or event (specify): See Spanish Version (mm/dd/yyyy)

****PLEASE SEE NEXT PAGE FOR FURTHER INFORMATION****

In accordance with the conditions listed above and on the next page of this form, I authorize the use and/or disclosure of my medical information. This authorization includes disclosure of information regarding psychiatric consults and mental illness, developmental disabilities, alcohol or drug treatment, AIDS or AIDS-related illness, sexually transmitted infection, and/or HIV test results, unless I limit the disclosure to exclude the following:

See Spanish Version

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version **Date:** See Spanish Version (mm/dd/yyyy)

If signed by person other than the patient, print name and state relationship to the patient and authority to do so. (See reverse for more information)

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

Patient is: Minor Incompetent / Incapacitated

Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor

Health Care Agent Other See Spanish Version

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING DISCLOSURE OF PATIENT MEDICAL INFORMATION

UW Health Care providers (including providers with the University of Wisconsin Hospital and Clinics, the University of Wisconsin Medical Foundation, and certain units of the University of Wisconsin-Madison) honor a patient's right to confidentiality of medical information as provided under federal and state law. Please read the following guidelines before signing this authorization.

Release of Information: The information released may be obtained from the medical record of UWHC and UWMF. It may be obtained from multiple paper-based or electronic-based forms (as applicable). It may include data elements from outside sources that are embedded in tables and documents. Copies released from Health Information Management include medical records only.

Sending Authorizations to UW Health: Authorizations for most UW Health Clinics can be mailed to **UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive Madison, WI 53717**. See a detailed listing of clinics that release their own records on www.uwhealth.org. This information is located in the Patient and Visitor section, Obtaining Your Medical Records, and then Obtaining Medical Records for all UW Health sites.

Verbal Communication. This authorization allows for verbal communication (both in person and on the telephone) between UW Health and the designated person(s) on this form (Sections 2 & 3). In addition, an option is provided to allow for UW Health to leave voice messages on a messaging system for the person(s) listed in Section 3. This is to provide more timely communication.

Federal HIPAA Privacy Rules: These federal rules indicate when your protected health information may be used or disclosed without your authorization. Please see our Notice of Privacy Practices for additional information.

Wisconsin Health Care Privacy Laws: These laws protect the confidentiality of patient health care records and they indicate when records may be disclosed without your authorization.

No Obligation to Sign: You are under no obligation to sign this form, and you may refuse to do so. Except as permitted under applicable law, UW Health Care Providers may not refuse to provide you treatment or other health care services if you refuse to sign this form.

Revocation: You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time before it ends. However, your written revocation will not affect any disclosures of your medical information that the person(s) and/or organization(s) listed on the reverse side of this form have already made, in reliance on this authorization, before the time you revoke it. In addition, if this authorization was obtained for the purpose of insurance coverage, your revocation may not be effective in certain circumstances where the insurer is contesting a claim. Your revocation must be made in writing and addressed to: UW Health - Health Information Management at the address listed above.

Re-release: If the person(s) and/or organization(s) authorized by this form to receive your medical information are not health care providers or other people who are subject to federal health privacy laws, the medical information they receive may lose its protection under federal health privacy laws, and those people may be permitted to re-release your medical information without your prior permission.

Right to Inspect: You have the right to inspect or copy the medical information whose disclosure you are authorizing, with certain exceptions provided under state and federal law. If you would like to inspect your records, contact the patient accounting or medical records department of UW Health - Health Information Management (see address above).

Copy Fees: If you are requesting disclosure/release of medical information to other hospitals, clinics, or physicians for further medical care, no copying fees will be charged. You must pay for copies you request for other purposes.

Multiple Formats for Release of Medical Records (Paper vs DVD): You may request records in either paper format or on DVD, however only one format will be released per authorization. You will be asked to submit a separate request for each format if both formats are desired (and may be charged for each request).

Signatures: Generally, if you are 18 years of age or older, you are the only person who is permitted to sign a form to authorize the disclosure of your medical information. If you are under the age of 18, your parent or guardian must sign this form for you. However, there are many situations in which this general rule does not apply. For more information regarding who is authorized to sign this form, contact UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, or call (608) 263-6030, Option 3.