



University of Wisconsin
Hospital and Clinics
600 Highland Avenue
Madison, WI 53792

Health Information Services
8501 Excelsior Drive
Madison, WI 53717

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

1. Información del paciente

Nombre - Apellido, nombre de pila, segundo nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de expediente médico	Fecha de nacimiento	Número de teléfono

2. Información que va a ser divulgada. (Por favor, marque sólo una caja)

- Resumen completo de todo el expediente (contiene todos los resúmenes, todas las notas de paciente ambulatorio, todos los informes de patología, y todos los resúmenes clínicos, radiografías, electrocardiogramas e informes de laboratorio)
- Informes relacionados con: _____
- Copia completa del documento médico oficial
- Otro (describa): _____

3. Divulgado por: Hospital y Clínicas de la Universidad de Wisconsin

Nombre - (por ejemplo, Centro Médico, médico,...)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal

4. Divulgado por:

Nombre - (por ejemplo, Compañía de Seguro Médico, médico, paciente...)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal

5. Propósito o razón para la divulgación. (Por favor, marque todas las categorías pertinentes)

- cuidados médicos adicionales
- pago de una reclamación del seguro
- investigación legal
- solicitud de seguro
- rehabilitación vocacional
- uso del paciente
- determinación de incapacidad
- otro _____

6. Esta autorización permanecerá vigente hasta que se haya completado la divulgación anterior a menos que usted especifique que esta autorización esté en vigor por un período de tiempo adicional. (Para especificar un período de tiempo adicional, por favor marque una de las cajas de abajo. OBSERVE que si especifica un período de tiempo adicional, esta autorización será pertinente a su información médica generada durante el período de tiempo adicional).

- Otra fecha de vencimiento específica _____ (mes/día/año)
- Otro vencimiento basado en un _____ acontecimiento (especifique):

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

De acuerdo con las condiciones inscritas arriba y en el dorso de este formulario, autorizo el uso y / o la divulgación de mi información médica. Entiendo que quizás haya un costo por las copias. Esta autorización incluye la divulgación de información relacionada con consultas psiquiátricas y de enfermedades mentales, incapacidades del desarrollo, tratamientos para la adicción al alcohol y las drogas, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, y / o resultados de la prueba del VIH, con las siguientes excepciones:

Firma del paciente _____ Fecha _____

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, establezca la relación y autoridad para hacerlo. (Vea el reverso para recibir información sobre las firmas).

UWHC Release Documentation

Relación: _____

El paciente es: Menor de edad Incompetente / Incapacitado Fallecido

Autoridad legal: Tutor legal Padre / madre del menor Cónyuge del fallecido

Agente de los cuidados médicos _____

Representante personal del fallecido Otro _____

INFORMACIÓN ADICIONAL CON RELACIÓN A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Los Proveedores de cuidados médicos de *UW Health* (incluyendo el Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin/*University of Wisconsin Hospital and Clinics*, la Fundación Médica de la Universidad de Wisconsin/*University of Wisconsin Medical Foundation*, y ciertas unidades de la Universidad de Wisconsin/*University of Wisconsin-Madison* respetan el derecho de un paciente a la confidencialidad de su información médica como lo establece la ley federal y estatal. Por favor, lea las siguientes pautas antes de firmar esta autorización.

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 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" de Wisconsin evita que los individuos usen su nombre, retrato, o fotografía con propósitos de publicidad o negocio sin obtener primero su autorización por escrito.

No hay obligación a firmar. No tiene ninguna obligación a firmar este formulario, y puede negarse a hacerlo. Excepto en lo permitido por la ley, los proveedores de cuidados médicos de *UW Health* no pueden negarse a proporcionarle tratamiento u otros servicios de cuidados médicos si usted se niega a firmar este formulario.

La revocación. Tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que finalice. Sin embargo, su revocación escrita no afectará a ninguna divulgación de su información médica que la persona y / u organización inscrita en el reverso de este formulario ha realizado ya, según esta autorización, antes de que la revoque. En adición, si esta autorización fue obtenida con el propósito de cobertura por el seguro médico, quizás su revocación no sea efectiva en circunstancias en las cuales el asegurador esté disputando una reclamación. Debe realizar su revocación por escrito y enviarla a la siguiente dirección: UWCH Health Information Services, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.

Una nueva divulgación. Si la persona y / u organización autorizada por este formulario a recibir su información médica no es un proveedor de cuidados médicos u otra persona sujeta a leyes federales para la privacidad médica, la información médica que reciben puede perder su protección bajo las leyes federales para la privacidad médica sin su permiso previo.

El derecho a la inspección. Tiene derecho a inspeccionar o copiar la información médica cuya divulgación usted ha autorizado, con ciertas excepciones proporcionadas bajo la ley estatal y federal. Si quiere inspeccionar su expediente, contacte al departamento de expedientes médicos o de cuentas de los pacientes del centro de *UW Health* (hospital o clínica) donde ha recibido los cuidados médicos.

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

Las 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 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 para firmar este formulario, contacte a *UWCH Health Information Services* (Servicios de Información Médica del Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.