



Autorización para la Comunicación Verbal y/o para dejar mensajes en el buzón de voz

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

Esto no autoriza la divulgación de copias del expediente médico—
Use documento UWH #1280490
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 (si lo conoce)	Fecha de nacimiento	Número de teléfono

2. Información a Ser Divulgada: Sólo comunicación verbal – re: cuidados del paciente - no se proporcionan copias de la documentación

3. Comunicación Verbal Entre: (Indique el nombre de la institución médica o el proveedor /miembro específico del personal. El indicar "UW Health" cubrirá todas las ubicaciones de UW Health.)	y:	Nombre: _____ (Indique el nombre y el apellido de la(s) persona(s) a quien(es) se puede divulgar información, tal como a un trabajador social de la comunidad.)
--	-----------	--

Y/O

Deje un MENSAJE en el/los siguiente(s) número(s) de teléfono _____
(los mensajes de voz pueden incluir cualquier información, a menos que se limite abajo):
(Vea al dorso el aviso referente a los mensajes de voz)
Limite los mensajes de voz sólo a la información especificada: _____

Y/O

Deje un MENSAJE CON UN INDIVIDUO que responda el teléfono en el número proporcionado abajo.
Por favor, especifique:
 Cualquier persona Nombre(s) de individuo(s) autorizado(s): _____

4. Propósito de la comunicación: Continuación de los cuidados a menos que se especifique: _____

5. 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 con 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 de enfermedad mental, 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 discusión para excluir las siguientes condiciones médicas:

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 información sobre las firmas)

Nombre en Letra de Molde: _____ Relación: _____

- El paciente es: Menor de edad Incompetente / Incapacitado Fallecido
- Autoridad legal: Tutor legal Padre/Madre del menor Cónyuge del fallecido
- Agente de cuidados médicos Representante personal / Pareja doméstica del fallecido Otro _____

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

Los proveedores médicos de UW Health (incluyendo el Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin (*University of Wisconsin Hospital and Clinics (UWHC)*), la Fundación Médica de la Universidad de Wisconsin (*University of Wisconsin Medical Foundation (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.

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).

Sólo Comunicación Verbal. Esta autorización permite la comunicación verbal (tanto en persona como por teléfono) entre UWHC o UWMF y la(s) persona(s) designada(s) en este formulario. No permite la divulgación de copias del expediente médico.

Mensajes de voz. Los Proveedores Médicos de UW Health y su personal reconocen que la confidencialidad es una parte muy importante de su relación con ellos. Para proteger su confidencialidad, no dejarán mensajes de forma rutinaria en su sistema personal de mensajes (buzón de voz o contestador automático, ni con su cónyuge, familiar o cualquier otro individuo) a menos que usted dé específicamente su permiso para hacerlo. Esta autorización puede ser utilizada para compartir información en la forma que usted especifique.

No tiene obligación de firmar. 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 finalice. Sin embargo, su revocación escrita no afectará a ninguna divulgación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) inscrita(s) en el 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 la siguiente dirección:

- **UW Health Information Management:** 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717 o número de fax 608-203-4588

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 otras personas sujetas a las leyes federales para la privacidad médica, la información médica que recibe(n) puede perder su protección bajo las leyes federales para la privacidad médica, y es posible que a aquellas personas se les permita volver a divulgar su información médica sin su permiso previo.

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.



Authorization for Verbal Communication and/or to Leave Voice Mail Messages

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

This does not authorize release of copies of medical records –
Use UWH #1280490
Authorization for Release of Medical Information

1. Patient Information

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

2. Information to be Disclosed: Verbal communication only re: patient's care – no copies of medical records provided

3. Verbal Communication Between:

____ See Spanish Version _____ and: Name: ____ See Spanish Version _____
 (list name of health care facility or specific health care provider/staff member. Listing "UW Health" will cover all UW Health locations) (list first and last name of person(s) to whom your confidential information may be disclosed, such as a community social worker)

AND/OR

Leave VOICE MAIL at the Following Phone Number(s) ____ See Spanish Version _____
 _____ (voice mail includes any information, unless limited below):
 (See back of form for notice regarding voice mail messages)
 Limit voice mail only to information specified: See Spanish Version _____

AND/OR

Leave MESSAGE WITH AN INDIVIDUAL who answers the phone at the number provided above.
 Please specify:
 Anyone Name(s) of authorized individual(s): See Spanish Version _____

4. Purpose of Communication: Continued Care, unless specified: See Spanish Version _____

5. This authorization will expire in one year from signature unless otherwise indicated below:
 Other specific expiration date or event See Spanish Version _____ (mm/dd/yyyy)

****PLEASE SEE REVERSE FOR FURTHER INFORMATION****

In accordance with the conditions listed above and on the reverse side 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 and authority to do so. (See reverse for information about signatures)

Print Name: See Spanish Version _____ Relationship: See Spanish Version _____

Patient is: Minor Incompetent / Incapacitated Deceased

Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor Spouse of Deceased

Health Care Agent Personal Representative/Domestic Partner of Deceased

Other: See Spanish Version _____

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING DISCLOSURE OF PATIENT MEDICAL INFORMATION

UW Health Care Providers (including the University of Wisconsin Hospital and Clinics (UWHC), the University of Wisconsin Medical Foundation (UWMF), 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.

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 Only. This authorization allows for verbal communication (both in person and on the telephone) between UWHC or UWMF and the designated person(s) on this form. It does not allow for copies of medical records to be released.

Voice Mail Messages. UW Health Care Providers and their staff recognize confidentiality as a very important part of your relationship with them. To protect your confidentiality, they will not routinely leave messages on your personal messaging system (voice mail or answering machine or with your spouse, family members or any other individual) unless you specifically give your permission to do so. This authorization may be used to share this information in the manner that you specify.

No Obligation to Sign. You are not under any 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 to the following address below:

- **UW Health Information Management:** 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717 or fax number 608-203-4588

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.

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, (608) 263-6030, Option 3.