



AUTORIZACIÓN DE REVELACIÓN/OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN
Salud Médica/Odontológica/Comportamental

Solo Para Uso de la Oficina:
Iniciales del Personal Asistente/Fecha

400 S. Townline Road
Wautoma, WI 54982
P-920-787-5514 F-920-787-4737

Yo, \_\_\_\_\_, FECHA DE NAC. \_\_\_\_\_ autorizo a Family Health La Clinica
(Nombre del Cliente)

PARA QUE REVELEN/OBTENGAN INFORMACIÓN DE (marque uno / o ambos): \_\_\_\_\_
(Nombre de la Persona y/u Organización)

(Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal)

Información a ser revelada (marque todas las categorías pertinentes)

[ ] Médica [ ] Odontológica

- [ ] Todos los registros médicos relacionados con (especificar condición, tratamiento, etc.):
[ ] Todos los registros odontológicos relacionados con (especificar condición, tratamiento, etc.):
[ ] Radiología/rayos X/filmaciones/imágenes (especificar prueba):
[ ] Otros (especificar):

[ ] Salud Comportamental

- [ ] Evaluación de Abuso de Alcohol/Drogas [ ] Resumen de Alta [ ] Historial y Físico [ ] Resultados de Laboratorio
[ ] Notas de Progreso [ ] Registros de Tratamiento (ambulatorio) [ ] Evaluación inicial de SM
[ ] Legal/Judicial [ ] Informe de Evaluación Psiquiátrica [ ] Informe de Emergencia
[ ] Registros de Tratamiento (intrahospitalario) [ ] Biopsicosocial [ ] Derivaciones [ ] Notas de Terapia
[ ] Diagnóstico de SM [ ] Perfil de Medicamentos [ ] Resultados de la Prueba de VIH/SIDA
[ ] Consultas [ ] Tratamiento de AODA

[ ] Registros e información específicos según se indica a continuación: \_\_\_\_\_

[ ] Todos los registros de facturación relacionados con (especificar condición, tratamiento, etc.): \_\_\_\_\_

- \* Propósito (marque todo lo que corresponda): [ ] Continuidad de la Atención [ ] Legal [ ] Compensación de Trabajadores
[ ] Elegibilidad del Seguro [ ] Obtener Contacto Colateral [ ] Transición de Atención [ ] Personal (a petición mía)
[ ] Verificar el Cumplimiento del Tratamiento
[ ] Otros (especificar): \_\_\_\_\_

\* Período(s) del cual se revelará la Documentación del Registro Escrito: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Entiendo que mis registros están protegidos por las leyes y regulaciones de confidencialidad Federales y Estatales y no pueden revelarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Entiendo que si la(s) persona(s) y/u organización mencionadas anteriormente no son proveedores de atención médica, planes de salud o cámaras de compensación de atención médica, que deben seguir los estándares federales de privacidad, la información médica revelada como resultado de esta autorización ya no puede estar protegida por los estándares federales de privacidad y mi información médica podría volver a revelarse sin obtener mi autorización.

\* SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información médica que será utilizada o revelada - Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información médica confidencial que he autorizado a utilizar o revelar mediante este formulario de autorización. Puedo hacer arreglos para inspeccionar mi información médica u obtener copias de mi información médica poniéndome en contacto con el departamento de información médica. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia del material a ser revelado según lo dispuesto en por HHS 92.05 y 92.06 del Código Administrativo de Wisconsin. Derecho a Recibir una Copia de esta Autorización - Entiendo que, si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, lo cual no estoy obligado a hacer, se me debe proporcionar una copia firmada del formulario. Derecho a Rechazar esta Autorización - Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y la(s) persona(s) y/u organización(es) mencionada(s) anteriormente a quienes autorizo a usar y/o revelar mi información no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios de atención médica según mi decisión de firmar esta autorización. Derecho a Retirar esta Autorización - Entiendo que es necesaria una notificación por escrito para cancelar esta autorización. Para obtener información sobre cómo retirar mi autorización, puedo comunicarme con el personal de FHLC que proporciona/coordina mis servicios. Soy consciente de que mi retiro no será efectivo en cuanto a los usos y/o revelaciones de mi información médica que las personas y/u organizaciones mencionadas anteriormente ya hayan hecho en referencia a esta autorización.

\* FECHA DE EXPIRACIÓN: Esta autorización es válida hasta la(s) fecha(s) siguiente(s) \_\_\_\_\_ o durante un año a partir de la fecha de firma, hasta e incluyendo las fechas de tratamiento creadas después de la fecha de firma. He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja con precisión mis deseos.

Paciente/Representante del Paciente (mencione parentesco): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_