

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

*(Complétela en su totalidad. Vea el dorso para leer información importante)

(Nombre del paciente)

(Dirección)

(Ciudad, Estado y Código Postal)

(Fecha de Nacimiento)

es posible que la información que se utilice o divulgue como resultado de esta Autorización ya no esté protegida bajo las leyes federales de privacidad y puede ser utilizada o divulgada de forma adicional por las personas u organizaciones que la reciban, sin tener que utilizar mi autorización. Puedo negarme a firmar esta Autorización, lo cual no afectará a mi capacidad de obtener tratamiento o el pago de las reclamaciones. Tengo el derecho de revocar esta Autorización proporcionando un aviso por escrito al Departamento de Servicios de Información Médica del Sistema de Salud Dean. La revocación de esta Autorización no afectará a ninguna acción tomada antes del recibo de la revocación escrita.

Autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica protegida tal y como se describe a continuación. Comprendo que

2. AUTORIZO QUE:

(Nombre del Doctor/Institución Médica/Otro)

(Dirección)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

3. DIVULGUE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A:

(Nombre del Doctor/Institución Médica/Otro)

(Dirección)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

4. INFORMACIÓN MÉDICA A SER DIVULGADA:

- Toda la documentación médica Información sobre vacunas Informes del laboratorio Informes de radiografías
 Radiografías (especifique cuáles) Documentación de cuentas (especifique cuáles)
 Otro (Describa) _____

DE LA(S) SIGUIENTE(S) FECHA(S) O PERÍODO DE TIEMPO: De: ____/____/____ (DD/MM/AAAA) A: ____/____/____

4a. Las leyes federales y estatales requieren permiso especial para divulgar cierta información. Por favor, marque si esta documentación debe ser divulgada: Salud Mental Abuso de alcohol y/o drogas Resultados de laboratorio del VIH/SIDA
 Discapacidades del desarrollo

5. PROPÓSITO O NECESIDAD PARA DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN: (Marque las categorías pertinentes)

- Cuidados médicos adicionales Solicitud del paciente Elegibilidad/Beneficios del Seguro Médico Determinación de Discapacidad Investigación Legal
 Otro: _____

6. VENCIMIENTO

Esta autorización se vencerá en ____/____/____ (DD/MM/AAAA). Si yo no indico una fecha, esta autorización se vencerá en un (1) año desde la fecha de mi firma abajo. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

7. FIRMA

Comprendo que esta autorización es voluntaria. Confirmando mi autorización a que el proveedor de cuidados médicos utilice y/o divulgue a las personas y/o las organizaciones mencionadas en este formulario la información médica protegida que se describe en el mismo.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por un representante en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante: _____

Relación con el paciente: _____

USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA.

INFORMACIÓN ADICIONAL REFERENTE A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Dean Clinic reconoce el derecho del paciente a la confidencialidad de su información médica bajo las regulaciones federales sobre la privacidad y la ley del Wisconsin. El paciente ha de ser consciente de la siguiente información cuando solicite o divulgue información médica.

- **El derecho a negarse a firmar esta autorización:** Un paciente puede negarse a firmar esta autorización y el hacerlo no afectará a su capacidad para obtener tratamiento o al pago de las reclamaciones.
- **El derecho a inspeccionar o copiar la información médica que se va a ser utilizada o divulgada:** Un paciente tiene derecho a inspeccionar o copiar la información que él mismo haya autorizado que se utilice o divulgue al firmar este formulario de autorización. Un paciente puede hacer una cita para inspeccionar su información médica poniéndose en contacto con la oficina indicada abajo.
- **El derecho a recibir una copia de esta autorización:** Un paciente tiene derecho a recibir una copia del formulario de autorización firmado.
- **El derecho a revocar esta autorización:** Un paciente tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento presentando un aviso por escrito de la revocación al encargado de la privacidad de la información (*Privacy Officer*) indicado abajo. La revocación de esta autorización **no** afectará a ninguna acción tomada con relación a esta autorización antes de recibir el aviso por escrito de la revocación.
- **Divulgaciones múltiples de la información:** Un paciente puede solicitar divulgaciones múltiples de la información indicada en el formulario de autorización. Sin embargo, todas las divulgaciones basadas en este formulario se limitan a la documentación producida hasta la fecha de la firma del paciente e incluyendo la misma, a menos que la autorización plantee específicamente que se pueda divulgar documentación específica que sea generada en el futuro, por ejemplo, "documentación futura de una prueba específica" o "documentación futura de una cita clínica específica."
- **Quién puede firmar esta autorización**
 1. Generalmente, todos los pacientes de 18 años o más deben firmar la divulgación de su propia información médica a menos que alguna de las siguientes situaciones sea pertinente:
 - a. El paciente es incompetente
 - b. El paciente está discapacitado y no pueda firmar el formulario
 - c. El paciente ha fallecido. (Podrá firmar el/la esposo/a que le sobreviva o un representante personal del patrimonio. Si no hay un(a) esposo(a) que le sobreviva o un representante personal, entonces podrá firmar un familiar directo adulto).
 2. Todas las personas que firmen para obtener la divulgación de la información médica en nombre del paciente deben indicar la relación que les une al paciente y presentar una prueba de la autoridad legal que les capacita a actuar en nombre del paciente.
 3. Menores de edad: Los pacientes menores de 18 años deberán firmar la divulgación de su información médica en los siguientes casos:
 - a. Tratamiento para el abuso de alcohol o drogas: deben tener 12 años o más
 - b. Tratamiento de salud mental: Las personas de 14 años o más pueden dar su consentimiento para divulgar la documentación sin el consentimiento de los padres (los padres también tienen derecho a acceder a esta información).
 - c. Resultados de la prueba del VIH: Deben tener 14 años o más
 - d. Menores de edad emancipados que estén casados o en el ejército
- **Precio para obtener la documentación:** Es posible que *Dean Clinic* cobre una tarifa razonable por revisar, copiar, poner estampillas y preparar la documentación para cumplir con esta solicitud. Todas estas tarifas se basan en las leyes pertinentes y en la divulgación de información médica.
- **Oficina de contacto:**
 1. Las solicitudes para la **divulgación de información médica** pueden ser enviadas al Departamento de Expedientes Médicos (*Medical Records Department*) u otro departamento apropiado en el emplazamiento donde se prestaron los servicios, o puede llamar a nuestra oficina principal al **608/252-8275**.
 2. Todas las **preguntas relacionadas con las regulaciones federales sobre la privacidad** pueden ser dirigidas a:
Dean Clinic Privacy Officer: 1808 West Beltline Highway, Madison, WI 53713
Teléfono: 608 / 250-1075, Correo electrónico: PrivacyOfficer@deancare.com