

AUTORIZACION del PACIENTE PARA ENTREGAR INFORMACION PRIVADA DE SALUD
(Complete en su totalidad. Vea lado inverso para información importante).

I. INFORMACION PACIENTE

(Nombre del Paciente) _____ (Fecha de Nacimiento)

(Dirección de calle) _____ (Ciudad, Estado, código postal)

II. AUTORIZO A:

(El nombre de Médico, facilidad de asistencia médica, otro) _____ (Número de telefono/fax)

(Dirección de calle) _____ (Ciudad, Estado, código postal)

III. Para Entregar la Informacion Privada de Salud a:

Community Pediatrics, SC 920-885-3305/920-885-5506
(El nombre de Médico, facilidad de asistencia médica, otro) (Número de telfeono/fax)
109 Warrant Street, Suite 4 Beaver Dam, WI 53916
(Dirección de calle) (Ciudad, Estado, código postal)

IV. INFORMACION de SALUD a SER ENTREGADA:

Todos los Historiales médicos de _____ Rayos X – Especifique
 Las inmunizaciones y Gráfico de Crecimiento Registros de facturas -Especifique
 reportes de laboratorio Otro _____

A. En conformidad con los Estatutos de Wisconsin que requieren permiso especial para entregar informacion de otro modo privilegiada información, por favor libere los registros que pertenecen a:
 Salud Mental Discapacidades del desarrollo
 Alcoholismo Dopaje
 VIH (SIDA) Otro _____

V. EL PROPOSITO O NECESIDAD PARA Otro la entrega es: (marque categorías aplicables)

Cuidado Médico adicional En petición de Paciente evaluación de rehabilitacion
 Elegibilidad/Beneficios de la Investigación legal vocacional
seguranza Otro _____
 Determinación de incapacidad

VI.VENCIMIENTO

Esta autorización expirará en ____/____/____(DD/MM/AAAA). Si yo no indico una fecha, esto expirará uno (1) año de la fecha de mi firma abajo.

VII. FIRMA

He tenido oportunidad para leer y considerar el contenido de esta Autorización que el proveedor de asistencia médica puede usar y/o revelar a las personas y/o organizaciones nombradas en esta forma que la información privada de salud descrita en esta forma.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta Autorización es firmada por un representante a favor de este paciente, complete el siguiente:

El Nombre de representante: _____
La relación al Paciente: _____

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION DESPUES DE QUE USTED LO FIRME.

VEA LADO INVERSO PARA la INFORMACION IMPORTANTE.

La Información adicional con respecto a la Liberación de Información de Salud

Community Pediatrics, SC reconoce el derecho del paciente a la confidencialidad de su información de salud bajo regulaciones federales de privacidad y según la Ley de Wisconsin. El paciente debe estar consciente de la siguiente información cuando solicite la liberación de la información de salud.

- **El Derecho de negarse a firmar esta autorización:** Un paciente puede negarse a firmar esta Autorización y esta negativa no afectará la capacidad del paciente para obtener tratamiento ni pago de reclamos.
- **El derecho de inspeccionar o copiar la información de salud para ser revelada:** Un paciente tiene el derecho de inspeccionar o copiar la información de la salud que ha autorizado a ser utilizada o para ser revelada firmando esta Autorización. Un paciente puede arreglar para que sea inspeccionada su información de salud contactando esta oficina directamente.
- **El derecho de recibir copia de esta autorización:** Un paciente tiene el derecho de recibir una copia de la Autorización Firmada.
- **El Derecho de revocar esta autorización:** Un paciente tiene el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento dando nota por escrito de revocación al Gerente nombrado abajo. La revocación de esta Autorización no afectará la acción tomada antes de recibo de la nota escrita de revocación.
- **Múltiples liberaciones de Información:** Un paciente puede solicitar múltiples liberaciones de la información indicada en la forma de Autorización. Sin embargo, todas las liberaciones basadas en esta forma son limitadas a los registros fechadas hasta e inclusive la fecha de la firma de paciente. Una nueva Autorización es necesaria para la liberación de información para el cuidado dado después de la fecha de la firma del paciente, a menos que la Autorización indique específicamente que los registros específicos que serán generados en el futuro puedan ser liberados, por ejemplo "registros futuros de una prueba específica" o "registros futuros de una cita específica de dispensario".
- **Quien puede firmar esta Autorización:**
 1. Generalmente, todo paciente de 18 años o mayor debe firmar para la liberación de su propia información de la salud a menos que las condiciones siguientes apliquen:
 - a. El paciente es incompetente.
 - b. El paciente es discapacitado y no puede firmar la forma.
 - c. El paciente es difunto. (Un cónyuge sobreviviente o representante personal de la propiedad pueden firmar. Si no hay cónyuge sobreviviente ni representante personal, entonces un miembro adulto de la familia más cerca no puede firmar).
 2. Todas las personas que firman para la liberación de información de salud a favor del paciente deben indicar su relación con el paciente y proporcionar la autorización legal de su capacidad de actuar por el paciente.
 3. Menores de edad: Los pacientes con menos de 18 años de edad deben firmar para la liberación de su información de salud en los casos siguientes:
 - a. alcohol u otro tratamiento de drogas: 12 años o mayor.
 - b. tratamiento de salud mental: 14 años o más mayor puede consentir en liberar registros sin consentimiento paternal (Los padres también retienen el derecho de conseguir acceso a esta información.)
 - c. Resultados de la prueba de VIH: 14 años o mayor.
 - d. menores emancipados que están casados o en el ejército.
- **Honorarios para registros:** Community Pediatrics, SC, puede cobrar un honorario razonable para ver, copiar, enviar y preparar los registros para cumplir esta petición. Todos los honorarios son basados en las leyes aplicables que gobiernan la liberación de información de salud.
- **Oficina de Contacto:** Community Pediatrics, SC, Gerente, 109 Warren Street, Suite 4, Beaver Dam, WI 53916 Telefono: 920-885-3305