



Autorización para el uso o revelación de información médica protegida (Intercambio verbal o de expedientes médicos)

MRN: _____

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

(Apellido) _____ (Inicial del 2º nombre) _____ (Nombre) _____ (Fecha de nacimiento) _____
 (Dirección Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____
 (Tel. celular) _____ (Tel. de casa) _____ (Correo electrónico) _____

2. AUTORIZO QUE SE LIBERE INFORMACIÓN DE:

- Children's Hospital of Wisconsin
- Clínicas campus principal (especifique): _____
- Atención primaria: sitio: _____
- Consejería familiar y del niño: Sitio: _____
- Otra clínica de CHW (especifique): _____
- Surgicenter
- Clínicas de Fox Valley
- Otro: _____

3. LA INFORMACIÓN SERÁ BRINDADA O INTERCAMBIADA CON:

Nombre / Institución _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
 (_____) (_____) _____
 Teléfono Fax

4. MOTIVO POR EL CUÁL SE NECESITA LA INFORMACIÓN: (Podría aplicarse una cuota por copias).

- Continuidad de la atención médica
- Uso personal
- Investigación legal
- Derivación
- Cobertura del seguro médico
- Uso escolar
- Otro: _____

5. INTERCAMBIO VERBAL DE INFORMACIÓN:

- MARQUE ESTA CASILLA PARA PERMITIR COMUNICACIÓN VERBAL ENTRE LOS INDICADOS ANTERIORMENTE
- **AVISO- Si únicamente se permite comunicación verbal y NO se deben enviar expedientes médicos, saltese hasta el número 7.**

6. INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO A SER REVELADA: (Ver consejos importantes al reverso):

- Expedientes clínicos (especifique) _____
- Expedientes de hospitalización de las siguientes fechas de servicio: Desde: _____ Hasta: _____
- Únicamente los documentos especificados: _____
 - Consultas
 - Resumen del alta
 - Diagnóstico
 - Visita a emergencias
 - Historial y examen físico
 - Laboratorio
 - Informe quirúrgico
 - Informe de patología
 - Informe de radiología
 - Otro: _____
- Imágenes de radiología _____
- Otro: **All appropriate records**

7. NO QUIERO QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SEA DIVULGADA DE NINGUNA MANERA: (Según lo definido por las leyes estatales y federales aplicables)

- Salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Resultados de pruebas del VIH
- Genética
- Tratamiento por alcohol y drogas
- Otro (Escribalo): _____

8. COMO SERÁ REVELADA LA INFORMACIÓN:

- Marque una: Verbal En papel MyChart
 • **Si es en papel o electrónicamente, liberado por** EXPEDIENTES MÉDICOS OTRO (ESPECIFIQUE) _____
 Revelado por: Correo de EUA Recogido Fax (Únicamente a organizaciones de atención médica): (_____) _____
 Persona permitida para recoger los expedientes si es diferente a la persona anotada en el número 3.

Nombre _____ Parentesco _____

9. FECHA DE VENCIMIENTO:

Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha o evento: (no exceder 3 años): _____
 Si no se especificó fecha, esta autorización estará vigente por tres (3) años a partir de la fecha firmada abajo. Esto incluye los expedientes que se hayan creado después de la fecha en la que esta autorización fue firmada, hasta la fecha de su vencimiento.

10. FAVOR DE VER AL REVERSO DE ESTE FORMULARIO ANTES DE FIRMARLO PARA MÁS INFORMACIÓN.

Acepto lo indicado en la información anterior, la he leído y comprendido; asimismo acepto lo leído y comprendido al reverso de este formulario y autorizo la revelación de información médica del paciente, ya sea mía o de mi hijo.

Firma del paciente, padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

- Padre - Declaro ser el padre o tutor del menor arriba mencionado.
- Propio
- Tutor legal (debe proporcionar documentación)
- Otro (favor de especificar) _____

11. PARA EL PERSONAL: _____ Fecha: _____

Favor de ver al reverso de este formulario para saber cuándo se requiere que un testigo firme el formulario. LA DIVULGACIÓN FINAL DE LOS EXPEDIENTES ES A DISCRECIÓN DEL DEPARTAMENTO DE EXPEDIENTES MÉDICOS.



**INFORMACIÓN ADICIONAL REFERENTE A LA DIVULGACIÓN
DE EXPEDIENTES MÉDICOS DE CHILDREN'S HEALTH SYSTEM****FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR VOLUNTARIAMENTE EL FRENTE DE ESTE FORMULARIO.**

Todas las entidades de Children's Hospital and Health System (CHHS) respetan el derecho a la privacidad y confidencialidad de información médica. He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de ambos lados de este formulario.

Revelación (divulgación) de información

Las leyes de confidencialidad federales y de Wisconsin protegen esta información.

Las leyes prohíben que esta información sea divulgada a menos que:

- La persona a quién pertenece la información lo autorice por escrito, o
- Que por otro lado sea permitido por la ley.

Comprendo que la persona que recibe esta información (destinatario) podría a su vez revelar esta información. Si esto sucediera, la información podría ya no ser protegida por las leyes estatales o federales.

DERECHO A NEGARSE A FIRMAR

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me niego a firmar. El tratamiento, el pago o la inscripción a un plan de atención médica no serán afectados si me niego a firmar.

REVOCACIÓN

Comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para hacerlo, debo presentar mi revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Mi revocación no aplicará a la información médica confidencial que ya haya sido revelada como respuesta a este u otro formulario de divulgación.

REVELACIÓN

Todas las entidades, empleados, agentes, o médicos a cargo están liberados de toda responsabilidad legal por la divulgación de información de acuerdo a lo indicado en este formulario.

VALIDEZ DE LOS FORMULARIOS

Una fotocopia o impreso enviado por fax de este Formulario de Revelación es tan válido como el original.

LAMINILLAS ORIGINALES DE PATOLOGÍA

En ciertas circunstancias, los especímenes o laminillas de patología son prestadas a otros profesionales de atención de salud. Estos especímenes o laminillas deben ser regresados dentro de los 30 días de haber sido enviados por el departamento del laboratorio.

FIRMA DEL PERSONAL: Se requiere la firma de alguien del personal en el formulario si:

- El padre o tutor legal no puede firmar o puede hacer sólo una marca.
- El menor con derechos legales, solicita esta información.
- Si el personal está asistiendo al paciente o a la familia con el llenado de este formulario.
- En otras ocasiones cuando se decida que un testigo es necesario.

CONSEJOS IMPORTANTES: Para cada una de las áreas numeradas en el formulario:

- #1- Imprima y asegúrese de incluir la fecha de nacimiento del paciente.
- #2- Especifique el sitio del cual desea que se divulguen sus expedientes.
- #3- Si se revelan a un doctor, incluya el hospital o el sitio donde se ubica.
- #4- Si es una solicitud militar, anote el motivo bajo Otro.
- #5- Marque si está autorizando comunicación verbal.
- #6- Especifique bien cuáles expedientes médicos serán revelados.
- #7- Si usted no desea que se divulgue información específica, usted deberá marcar la casilla para que ésta no se incluya.
- #8- Elija la manera en que se divulgará la información.
- #9- Esta autorización será válida por tres años, a menos que se haya indicado otra fecha.
- #10- Asegúrese de firmar y fechar el formulario.

- Si necesita asistencia para llenar este formulario, favor de comunicarse con el Departamento de Expedientes Médicos al 414-266-2301. También puede enviar por fax el formulario al 414-266-6316 o enviarlo por correo electrónico a MedicalRecords@chw.org
- Asegúrese de que el formulario esté completamente llenado para asegurar que se procese a tiempo.



Autorización de tratamiento

Favor de leer este formulario. Pregunte sobre todo lo que no entiende antes de firmar.

Tratamiento:

- Autorizo a los doctores, a otros proveedores y a los empleados de Children's Hospital of Wisconsin (CHW) para que evalúen y traten a mi hijo. Esto puede incluir, pero no está limitado a todos los servicios de rutina del hospital, exámenes físicos, rayos-X, análisis de laboratorio, administración o prescripción de medicamentos incluidas las inmunizaciones y realizar u ordenar otras pruebas o procedimientos. Tengo el derecho de discutir las opciones de tratamiento para mi hijo. Se me dará la oportunidad de hacer preguntas conforme sea necesario.
- Es posible que se asigne un médico internista o especialista para tratar a mi hijo. Entiendo que la mayoría de los doctores que atienden a mi hijo no son empleados de CHW. CHW no es responsable de sus acciones.
- Mi hijo podría irse a casa o a otras instalaciones antes de que todos los problemas médicos sean conocidos o tratados. Acepto hacer las citas para los cuidados de seguimiento.
- CHW es un hospital de enseñanza y apoya la capacitación y la enseñanza de los profesionales de atención de salud. Podría haber estudiantes involucrados en brindar atención a mi hijo.
- CHW podría usar o deshacerse adecuadamente de cualquier tipo de muestra o tejido tomado del cuerpo de mi hijo.

Derechos y privacidad del paciente

- La información referente a los derechos y responsabilidades del paciente y a la familia está publicada a través de CHW. Yo puedo solicitar una copia. También está disponible en CHW.org.
- Recibí el Aviso de las Prácticas de Privacidad, el cual explica cómo se puede manejar la información de salud de mi hijo. También se menciona que el Aviso se publica a través de CHW y que está disponible en CHW.org.
- CHW podría tomar fotografías o grabar con el propósito de brindar atención, capacitación, educación o por razones de seguridad. No se me permite tomar fotos ni videos de otros pacientes o del personal cuando estén brindando atención a mi hijo.
- Los expedientes médicos podrían compartirse con los proveedores de salud, compañías de seguro y con Children's Hospital and Health System para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud.
- CHW no es responsable de mis pertenencias de valor. Comprendo que debo llevarme todo lo valioso a casa.

Acuerdo financiero

- Recibiré más de una factura por las citas ambulatorias o como paciente interno. Todos los pagos del seguro por la atención a mi hijo son pagados a CHW y a los proveedores que atiendan a mi hijo. Entiendo que soy responsable por los cargos no cubiertos por el seguro.

Comunicación

- Usted podría tener que llamarme, enviarme un correo electrónico o un texto con las citas, tratamientos, facturas y cobranzas. Se pueden usar mensajes grabados y la marcación automática para ponerse en contacto conmigo. Yo doy permiso para que se comuniquen conmigo a todos los números telefónicos o direcciones de correo electrónico provistas sé que eso podría resultar en cargos para mí.



He leído la información. Legalmente tengo la capacidad de dar autorización para mi hijo. Al firmar este formulario, doy permiso para el tratamiento y acepto los términos mencionados anteriormente. Mi autorización para las visitas a clínica es válida por un año.

Firma: X _____
Paciente, padre o tutor legal

Parentesco con el paciente: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

Autorización verbal: Sí _____
Parentesco con el paciente

Firma del testigo de CHHS

Segundo testigo de CHHS de la autorización verbal

Identificación verificada del padre o tutor legal (sólo para pacientes internos o de cirugía ambulatoria) por: _____

Fecha: _____ Hora: _____