

SALUD PÚBLICA DE MADISON Y EL CONDADO DE DANE
AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN Y/O LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA

1. Información del cliente/paciente (Client/Patient Information)

Nombre de la persona/nombres anteriores	Fecha de nacimiento (mm/ dd/ aaaa)	() Teléfono	
Dirección o Apartado Postal	Ciudad	Estado	Código postal

2. Yo autorizo a Salud Pública de Madison y el Condado de Dane (PHMDC) a entregar información y registros médicos, o adquirir información y registros médicos, de la proveedora de salud, agencia, organización o persona listada abajo:

Nombre de la proveedora de salud, persona, agencia u organización	Núm. de ID del cliente/paciente (Opcional)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	() Teléfono

3. Yo autorizo el intercambio verbal de información médica referente a mi cuidado y tratamiento entre "la proveedora de salud, entidad, organización o persona antes mencionados, incluyendo al doctor que me trata y su personal" y "PHMDC (u otro representante del PHMDC), específicamente con mi enfermera de Salud Pública":

Nombre y teléfono de la enfermera de Salud Pública

4. Información o problema médico específico para ser difundido/obtenido/intercambiado verbalmente:

5. Excepciones a esta autorización incluyen (especifique el registro o la información): _____

6. Propósito por el cual se libera la información médica: (Marque los que correspondan)

Referidos Tratamiento o Atención actual Determinación de discapacidad Investigación legal Otro _____

7. Declaraciones que requieren consentimiento especial: Mi firma abajo, autoriza expresamente la emisión de información médica relacionada con las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento de las siguientes categorías marcadas:

Salud mental Discapacidades del desarrollo Alcoholismo o drogadicción VIH y SIDA

8. Fecha de vencimiento: Esta autorización es válida por un año a menos que se indique lo contrario, y se extiende a los registros futuros creados después de la fecha de la firma, la fecha alternativa, o evento, siempre y cuando dicho tratamiento y servicios ocurran mientras esta autorización sigue vigente.

Fecha alternativa /evento, si no es por un año: _____ or _____
Fecha (mm /dd /aaaa) Evento

9. ¿Es esta autorización para los registros en papel? Sí (Yes) No

10. To release paper medical records to PHMDC, fax/send records to: (Please check location below.)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
Fax: (608) 266-4858 | <input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
Fax: (608) 266-4858 | <input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
Fax: (608) 266-4858 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

Firma del cliente/paciente

Fecha (mm /dd /aaaa)

* Firma del padre/madre/tutor legal*/agente autorizado

Fecha (mm /dd /aaaa)

Por favor describa su autoridad: _____
*Si lo firma uno de los padres del menor, yo declaro que no se me ha negado la custodia de este niño o denegado el acceso a sus registros. Si es un tutor legal, por favor proporcione una copia de las cartas corrientes de tutela. Si es firmado por un Agente con poder legal, por favor provea una copia del poder notarial y la declaración de incapacidad.

Reference: WI Statutes 146.82, 51.30, 252.15 & HIPAA requirements 42 CFR Part 2 & 45 CFR Part 164.

**INFORMACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON EL USO Y DIVULGACION
DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**
(ADDITIONAL INFORMATION REGARDING USE AND DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION)

El Reglamento de la Privacidad HIPAA exige al PHMDC (Salud Pública de Madison y el Condado de Dane) asegurar que su información de salud protegida se mantenga confidencial y no se revele a nadie ni sea utilizada por cualquier persona sin su consentimiento, autorización, a menos que se lo permita específicamente la ley.

No hay obligación de firmar: Usted no tiene ninguna obligación de firmar este formulario y puede negarse a hacerlo. A menos que la información solicitada sea necesaria para garantizar el tratamiento adecuado, el PHMDC no se negará a darle ningún tratamiento u otros servicios de atención médica si usted se niega a firmar este formulario.

Revocación: Usted tiene el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que se venza. Sin embargo, su revocación por escrito, no afectará a ninguna de las entregas de su información médica realizadas por la persona, agencia u organización que figura en el reverso de este formulario, basándose en esta autorización, antes del momento de su revocación.

Derecho a examinar y copiar: Usted tiene el derecho de examinar o copiar un conjunto designado de sus expedientes médicos que mantenemos, incluso en formato electrónico. Si usted solicita la declaración de la información de salud para más atención médica, no se le cobrará nada. Si es para otros fines, es posible que le cobremos una tarifa razonable por los costos de copia y envío.

Vencimiento: Esta autorización se vence en la fecha o el evento indicado en este formulario.

La divulgación de la información: La información divulgada conforme a esta autorización no está protegida por las leyes federales de privacidad, otras entidades que obtengan esta información no están obligadas por ley de mantener dicha información confidencial.

Consecuencias por negarse a firmar: Nosotros no vamos a negarle servicios si usted se niega a firmar esta autorización, pero podemos estar limitados en los servicios que podemos ofrecerle, sin tener acceso necesaria a su información.

Firmas: Si usted tiene 18 años de edad o más, usted es la única persona que puede firmar este formulario para autorizar la divulgación o entrega de su información médica. Si usted es menor de 18 años, uno de sus padres o el tutor debe firmar este formulario por usted. Sin embargo, hay muchas situaciones en las que esta regla general no se aplica. Para obtener más información sobre quién está autorizado para firmar esta autorización, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad del PHMDC.

Derecho a una copia: Usted tiene derecho a una copia de esta autorización después de haberla firmado.

Póngase en contacto con nosotros: Para más información sobre sus derechos bajo el reglamento de Privacidad HIPAA y otras leyes federales y estatales, para obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del PHMDC, para revocar una autorización, o para presentar una queja, comuníquese con el Encargado de Privacidad del PHMDC:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Teléfono: (608) 266-4821; Fax: (608) 266-4858; E-mail at health@publichealthmdc.com

Puede comunicarse con el Encargado de Privacidad del PHMDC para obtener una copia de nuestro Aviso de la Política de Privacidad o visitar nuestro sitio web:
www.publichealthmdc.com/documents/PrivacyPracticesNotice-SP.pdf.