



Prairie Ridge Health, Inc.
1515 Park Avenue
Columbus, WI 53925
(920) 623-2200
(800) 549-7511

AUTORIZACION PARA REVELACION DE INFORMACION MEDICA

PACIENTE:

Nombre del paciente/Nombres previos

Fecha de nacimiento/Número del récord médico

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

AUTORIZA QUE:

REVELE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA A:

Nombre del proveedor/plan/otro

Nombre del proveedor/plan/otro

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

INFORMACION A REVELAR:

- Historia Médica, Examen, Informes
Tratamiento o Pruebas
Informes de radiografía
Recetas
Otro (especifique):
Informes Cirúrgicos
Archivos del hospital incluyendo informes
Archivos de alergia
Consultas
Vacunas
Informes de laboratorio

Para cumplir con los estatutos de Wisconsin, que requieren permiso especial para revelar información de otro modo privilegiada, favor de revelar los archivos con respecto a:

- Salud mental
HIV/SIDA
Otro (especifique):
Incapacidades de desarrollo
Enfermedades transmitidas sexualmente
Alcoholismo
Abuso de drogas

Para las siguientes fechas:

PROPOSITO DE LA REVELACION: (marque las categorias que apliquen)

- Más cuidado médico
Beneficios/derechos de seguro
Otro (especifique):
Personal
Investigación o acción legal
Cambio de médico

Entiendo que si la(s) persona(s) y/o organización(es) listados arriba no son proveedores de cuidado médico, planes de salud, o cámaras de compensación de cuidado de salud, quienes tienen que seguir las normas federales de privacidad, la información médica revelada como resultado de esta autorización puede ya no estar protegida por las normas federales de privacidad y mi información de salud puede ser revelada de nuevo sin obtener de nuevo mi autorización.

SUS DERECHOS ACERCA DE ESTA AUTORIZACION:

Derecho de inspeccionar o copiar la información que se va a revelar o utilizar – entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o recibir una copia de la información de salud que he autorizado a utilizar o revelar con este formulario de autorización. Puedo organizar una inspección de mi información médica u obtener copias si contacto al Departamento de Archivos Médicos.

Derecho de recibir una copia de esta autorización – Acepto que si yo firmo esta autorización, lo que no estoy obligado a hacer, me darán una copia firmada del formulario cuando lo pido.

Derecho a negar firmar esta autorización – entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario y que la(s) persona(s) y/o la(s) organización(es) listadas arriba quienes autorizo utilizar y/o revelar mi información no pueden condicionar tratamiento, pago, o inscripción en un plan de salud o derecho de recibir beneficios de cuidado de salud en mi decisión de firmar o no firmar esta autorización.

Derecho a retirar esta autorización – Entiendo que una notificación escrita es necesario para cancelar esta autorización. Para obtener información acerca de cómo retirar o recibir una copia del retiro, puedo contactar el Departamento de archivos médicos. Reconozco que el retiro no afectará los usos o las revelaciones de mi información médica que la(s) persona(s) y/o la(s) organización(es) listadas arriba hayan ya hecho referente a está autorización.

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización vale hasta la(s) siguiente(s) fecha(s) _____ o hasta un año después de la fecha en que se firmó.

He tenido la oportunidad de revisar y entiendo el contenido de este formulario de autorización. Firmando esta autorización, confirmo que respresenta mis deseos exactamente.

FIRMA DEL PACIENTE/REP. LEGAL: _____

(Si alguien aparte del paciente firma, ponga la relación al paciente y su autoridad de firmar en su lugar)

FECHA: _____ **TESTIGO:** _____

El Paciente es: Menor de Edad Incompetente Incapacitado Difunto

Autoridad legal: Padre con custodia
 Tutor legal
 Testamentario del difunto
 Poder notorial para cuidado médico
 Representativo legal autorizado