

**Seleccione una _____ Correo _____ Recojar la forma ** Necesita antes del _____

Registros entregados al paciente el _____

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente / Nombres Anteriores

Dirección postal

Ciudad, Estado, Código postal

Fecha de Nacimiento

Disclosure By:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital de Sauk Prairie | <input type="checkbox"/> Clínica de Plain | <input type="checkbox"/> Asociados Quirurgicos |
| <input type="checkbox"/> Clínica de Wisconsin Heights | <input type="checkbox"/> Clínica de River Valley | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Clínica de Lodi | <input type="checkbox"/> Asociados Ortopedicos | |

Compartir informacion con:

Persona que completa este forma--o--

Nombre del Centro Medico o Proveedor / Miembro de la familia/Otro

Dirección postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Información que debe ser comopartida: identifique a continuación la información específica que necesita sea compartida junto con las fechas de servicio relevantes.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reporte de la Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Resumen de La Dada de Alta | <input type="checkbox"/> Historia y Condicion Fisica |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Reporte de Rayos X/Fotografia | <input type="checkbox"/> Registro completo |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Fecha (s) aproximada del servicio(s): _____

Propósito para compartir la informacion:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atención médica adicional | <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad | <input type="checkbox"/> Pago del seguro |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de seguro | <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Uso Legal |

Fecha de Vencimiento: este comunicado médico es válido una sola vez a menos que se especifique lo contrario

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Caduca o se vence el: _____ |
| <input type="checkbox"/> Al ocurrir el siguiente evento: _____ |

Me han dado la oportunidad de revisar y comprender el contenido de esta forma de autorización. Al firmar esto, confirmé que refleja fielmente mis deseos. Acepto que una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. Esto también incluye la divulgación de documentos especiales relacionados con las evaluaciones, el diagnóstico y el tratamiento de la condición.

Firma del Paciente / Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Padre / Guardian Legal | <input type="checkbox"/> Podar Notarial | <input type="checkbox"/> Familiar mas cercano |
|---|---|---|

Firma del paciente / Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

Diagnóstico, Tratamiento y Exámen de Condición Especial de:

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Salud mental / conducta | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas / alcohol |
|-------------------------------------|--|--|

Consulte el reverso de la página para conocer SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Ud. tiene derecho a inspeccionar o recibir una copia de la Información de salud que será usada o compartida - Yo entiendo que tengo derecho a revisar o recibir una copia de la información de salud que he autorizado para ser utilizada o compartida mediante esta forma de autorización. **Derecho a recibir una copia de esta autorización** - Yo entiendo que sí acepté firmar esta autorización, lo cual no estoy obligado a hacer, se me proporcionará una copia firmada de la forma. **Derecho a negarme a firmar esta autorización** - Yo entiendo que no tengo la obligación de firmar esta forma y que la (s) persona (s) y / u organización (es) enumeradas anteriormente a quienes autorizó a usar y / o compartir mi información no pueden poner condiciones para el tratamiento, pago, registro en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios de cuidado de la salud en mi decisión de firmar esta autorización. **Derecho a retirar esta autorización** - Yo entiendo que es necesaria una notificación por escrito para cancelar esta autorización. Para obtener información sobre cómo retirar mi autorización o recibir una copia de mi retracción, puedo comunicarme con el Centro de Cuidados de Salud de Sauk Prairie. Soy consciente de que mi retracción no será efectiva en cuanto a los usos y / o divulgación de mi información médica que las personas u organizaciones enumeradas anteriormente ya hayan hecho en referencia a esta autorización. El Centro de Cuidados de Salud de Sauk Prairie no pondrá condiciones para el tratamiento a la finalización de esta autorización. Entiendo que, una vez que mi información médica deje de estar bajo el control del Centro de Cuidados de Salud de Sauk Prairie, la parte receptora podrá compartirla. Estoy de acuerdo en que no voy a responsabilizar al Centro de Cuidados de Salud de Sauk Prairie por la nueva divulgación de la información médica que he autorizado que haya realizado el destinatario mencionado en esta autorización.