WAUKESHA COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
AUTHORIZATION TO RELEASE/OBTAIN CONFIDENTIAL INFORMATION

1. I, the undersigned, hereby authorize the disclosure of verbal and written records and information specified below concerning,

_____ whose date of birth is: _____
PRINT NAME

2. AUTHORIZE WAUKESHA COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (WCDHHS)
in care of : _____ **at: (Check Location below)**

☐ Health & Human Services -500 Riverview Ave., Waukesha, WI 53188 ☐ Juvenile Center -521 Riverview Ave., Waukesha, WI 53188
☐ Mental Health Center - 1501 Airport Rd., Waukesha, WI 53188 ☐ Public Health -615 West Moreland Blvd., Waukesha, WI 53188

3. TO: (check all that apply) ☐ **Release to** ☐ **Obtain from**

4. INDIVIDUAL/ AGENCY _____
Address: _____
City, State, Zip Code _____ Phone: _____

5. This authorization allows the indicated providers to share information described below for:
☐ A single use or disclosure at the time of authorization ☐ Ongoing use or disclosure during the time period specified below

6. INFORMATION TO BE RELEASED/OBTAIN: (Check all that apply) *** denotes items that were released**

☐ Intake/Initial Assessment	*	____	☐ Staffing/Progress Notes	*	____	☐ HIV (AIDS)	*	____
☐ Psychiatric/Psychological Evaluations	*	____	☐ Medical Evaluations/ H & P / Records	*	____	☐ Laboratory Reports	*	____
☐ Social History	*	____	☐ Sexually Transmitted Diseases	*	____	☐ Medications	*	____
☐ Treatment Plan/Reviews	*	____	☐ Education Evaluations/Records	*	____	☐ Discharge Summary	*	____
☐ Other (Specify):								

7. COVERING THE PERIOD OF TIME

From:	**To:**

8. THE ABOVE INFORMATION IS TO BE RELEASED/OBTAINED FROM THE FOLLOWING CLIENT/PATIENT RECORDS:
☐ Adult Human Services ☐ Child/Family Human Services ☐ Public Health
☐ Alcohol and Other Drug Abuse (AODA) ☐ Mental Health ☐ Medical Provider

9. PURPOSE OF DISCLOSURE:
☐ Continuity and Coordination of Care ☐ Legal Investigation or Action ☐ Medical Care
☐ Education Planning ☐ Insurance Investigation or Action ☐ Personal

10. YOUR RIGHTS WITH RESPECT TO THIS AUTHORIZATION:
I understand that I have the right to inspect or have a copy of the confidential information I have authorized to be used or disclosed by this authorization form. I understand that if I agree to sign this authorization, which I am not required to do, I must be provided with a signed copy of the form. I understand that I am under no obligation to sign this form and that the person and/or agency listed above who I am authorizing to use and/or disclose my information may not condition treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for health care benefits on my decision to sign this authorization. I understand written notification is necessary to cancel this authorization. To obtain information on how to withdraw my authorization, I may contact my WCDHHS staff providing/coordinating my services. I am aware that my withdrawal will not be effective as to uses and/or disclosures of my health information that the person and or agency listed above have already made in reference to this authorization.
I understand that if the person and/or agency listed above are not governed by applicable federal and state laws and administrative codes, the confidential information disclosed as a result of this authorization may no longer be protected from further redisclosure without obtaining my authorization I have had an opportunity to review and understand the content of this authorization form. By signing this authorization, I am confirming that it accurately reflects my wishes. A copy of this authorization will be considered as valid as the original.

11. EXPIRATION DATE: This authorization will expire 6 months following the completion of active services with WCDHHS unless a specific date is entered here _____or unless a written notice of revocation is submitted.

12. SIGNATURE OF PATIENT/LEGAL REP: _____ **DATE:** _____
Signature above is that of the: ☐ Client/Patient ☐ Parent of Minor ☐ Legal Guardian ☐ Client/Patient's Representative

WITNESS: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1.Yo, el que suscribe, por el presente, autorizo la divulgación de registros orales o escritos e información que se especifique abajo, respecto a:

_____ cuya fecha de nacimiento es: _____
NOMBRE EN LETRA IMPRENTA

2. AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA

bajo cuidado de : _____ **en: (marque la ubicación abajo)**

☐ Health & Human Services -500 Riverview Ave., Waukesha, WI 53188 ☐ Health & Human Services -521 Riverview Ave., Waukesha, WI 53188
☐ Mental Health Center - 1501 Airport Rd., Waukesha, WI 53188 ☐ Public Health -615 West Moreland Blvd., Waukesha, WI 53188

3. PARA: (marque todas las que corresponden) ☐ **Divulgar para** ☐ **Obtener para**

4. INDIVIDUO/ AGENCIA _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal _____ Teléf: _____

5. Esta autorización permite que los proveedores señalados compartan la información descrita abajo para:
☐ Un solo uso o divulgación al momento de la autorización ☐ Uso continuo o divulgación durante el periodo especificado abajo

6. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ O SE OBTUVO: (Marque todas las que corresponden) *** señala ítem que se divulgó**

☐ Ingreso/evaluación inicial	*	____	☐ Notas de progreso	*	____	☐ VIH (SIDA)	*	____
☐ Evaluaciones psiquiátricas/psicológicas	*	____	☐ Evaluaciones médicas/ historia y examen físico/registros	*	____	☐ Informes del laboratorio	*	____
☐ Historia social	*	____	☐ Enfermedades de transmisión sexual	*	____	☐ Medicamentos	*	____
☐ Plan de tratamiento/revisiones	*	____	☐ Evaluaciones de educación/registros	*	____	☐ Resumen del alta	*	____

☐ Otro (especifique):

7. CUBRE EL PERIODO | **De:** | **A:** |

8. LA INFORMACIÓN DE ARRIBA DEBE DIVULGARSE U OBTENERSE DE LOS SIGUIENTES REGISTROS DEL CLIENTE O PACIENTE:
☐ Servicios Humanos para el adulto ☐ Servicios Humanos para el Niño/Familia ☐ Salud pública
☐ Alcohol y abuso de otras drogas (AODA) ☐ Salud mental ☐ Proveedor médico

9. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:
☐ Continuación y coordinación de la atención ☐ Investigación o acción legal ☐ Atención médica
☐ Planificación de educación ☐ Investigación u acción de seguro ☐ Personal

10. SUS DERECHOS RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:
Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o tener una copia de la información confidencial cuyo uso y divulgación he autorizado mediante este formulario. Entiendo que si acepto firmar esta autorización, a lo cual no estoy obligado, se me debe proporcionar una copia firmada del formulario. Entiendo que no tengo obligación de firmar este formulario y que la persona y/u organismo que se menciona arriba a quien estoy autorizando que use y/o divulgue mi información no puede supeditar mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención salud de acuerdo a mi decisión de firmar esta autorización. Entiendo que para anular esta autorización se necesitará una notificación escrita. Para obtener información sobre como retirar mi autorización, puede puedo ponerme en contacto con el personal de WCDHHS que brinda o coordina mis servicios. Sé que mi retiro no será efectivo para los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que la persona u organismo mencionado arriba ya ha realizado en relación a esta autorización.
Entiendo que si la persona y/u organismo mencionado arriba no están regidas por las leyes federales y estatales correspondientes y los códigos administrativos, la información confidencial divulgada como resultado de esta autorización puede no estar protegida de futuras divulgaciones sin obtener la autorización. He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja mis deseos en forma exacta. Las copias de esta autorización serán consideradas tan válidas como el original.

11. FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización caducará en 5 meses después de completar los servicios activos con WCDHHS a menos que se ingrese una fecha específica en el presente _____o si se presenta una notificación escrita de revocación de autorización.

12. FIRMA DEL PACIENTE O REPRESANTE LEGAL: _____ **FECHA:** _____

La firma de arriba pertenece a: ☐ Cliente/Paciente ☐ Padre de un menor de edad ☐ Tutor legal ☐ Representante del cliente o paciente

TESTIGO: _____