

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA (WCDHHS)
AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O CONFIDENCIAL

1) **INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Por favor, escriba en letra de molde):**

Nombre/Nombre(s) anterior(es): _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección (incluya ciudad, estado y código postal): _____

2) **PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (Seleccione uno):** ☐ Seguro/Elegibilidad/Beneficios ☐ Uso personal: solo para mí, no para terceros

☐ Atención continua ☐ Asuntos legales ☐ Planificación educativa ☐ Otro: (Por favor, especifique): _____

3) **AUTORIZA AL WCDHHS PARA:** ☐ REVELAR A ☐ OBTENER DE (Puede marcar ambos):

Nombre de la persona/agencia/organización/otro: _____

Dirección (incluya ciudad, estado y código postal): _____

Método de entrega: ☐ Electrónico/digital (especificar) _____ Número de fax: _____

☐ Correo de los Estados Unidos ☐ Entrega en oficinas: Ubicación _____ Para ser recogido por: _____

4) **INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:** *Nota: La información que se divulgará puede ser escrita, verbal, por mensaje de voz, fax o en formato electrónico*

☐ Admisión/evaluación inicial	☐ Resumen de alta	☐ Citas/asistencia	☐ Evaluación médica/H&P	☐ Solicitud de transporte
☐ Registros infantiles y familiares	☐ Medicamentos	☐ Informes de Access/CPS	☐ Registros de menores	☐ Evaluación geriátrica
☐ Registros de salud pública	☐ Evaluación psicológica	☐ Registros educativos	☐ Evaluaciones funcionales	☐ Evaluación nutricional
☐ Plan de tratamiento/revisiones	☐ Evaluación psiquiátrica	☐ Información financiera	☐ Evaluación de la vida diaria	☐ Historia social
☐ Servicios humanos para adultos	☐ Informes de laboratorio	☐ Abuso/negligencia de APS	☐ Notas de evolución y de reuniones de caso	
☐ Otros (especificar): _____				

5) **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE SE DIVULGARÁ:** *La ley exige permiso para divulgar lo siguiente a un tercero. La información que no esté marcada no podrá divulgarse a ninguna persona que no sea usted personalmente.* ☐ Trastorno por consumo de sustancias (SUD)

☐ Salud mental/conductual ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidades del desarrollo ☐ Infecciones de transmisión sexual

6) **FECHA(S) DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:**

☐ Inicio de los servicios hasta un (1) año después de la fecha del último servicio. ☐ DE: _____ A: _____

7) **CADUCIDAD:** La autorización es válida hasta el siguiente evento/fecha: _____ o hasta un (1) año después de la fecha del último servicio.

SUS DERECHOS: **Derecho a inspeccionar/recibir una copia de la información que se utilizará o divulgará:** Comprendo que tengo derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información que autorice que se use o divulgue, excepto la información no autorizada por la ley. Puedo hacer arreglos para inspeccionar u obtener copias comunicándome con el WCDHHS. **Asumo todos los riesgos de interceptación si solicito que se divulgue mi información de manera no segura.** Los correos electrónicos se pueden interceptar durante la transmisión y los mensajes no cifrados, incluidos los archivos adjuntos, se pueden leer, copiar y reenviar. **Entiendo que se me puede cobrar una tarifa razonable por las copias de los registros.** **Derecho a recibir una copia de la autorización:** Comprendo que si acepto firmar esta autorización, cosa que no estoy obligado a hacer, debo recibir una copia. **Derecho a negarse a firmar la autorización:** Comprendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización y que el WCDHHS no puede condicionar mi decisión sobre el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios de atención médica. **Derecho a revocar esta autorización:** Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a la Oficina de Registros del WCDHHS o a la persona u organización que divulga la información. Puedo contactar a la Oficina de Registros del WCDHHS por correo electrónico a HHSRecordsRequest@Waukeshacounty.gov o escribiendo a: Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Waukesha, Atención: Registros Centralizados, 514 Riverview Ave. Waukesha, Wisconsin 53188. Comprendo que mi revocación NO SE APLICARÁ a los usos o divulgaciones que las personas y/u organizaciones mencionadas anteriormente ya hayan realizado respaldándose en esta autorización antes de recibir la notificación de revocación por escrito; o que puedan ser necesarios para que una aseguradora impugne una reclamación o póliza según lo autorice la ley si la firma de la autorización era una condición para obtener la cobertura del seguro. Las divulgaciones a personas dentro del sistema de justicia penal que participaron en un programa de SUD como condición de la tramitación de un proceso penal, no se pueden revocar hasta que se haya dictado la resolución definitiva de la libertad condicional u otra medida para la que se haya dado el consentimiento. ****El Estatuto 252.15 de WI y la norma 42 CFR Parte 2 exigen la autorización del cliente para divulgar información médica con fines de pago.** Como consecuencia de la negativa a firmar una autorización de divulgación de conformidad con el Estatuto 252.15 de Wisconsin o la norma 42 CFR Parte 2, es posible que el seguro no pague los registros. ****Resultados de la prueba de VIH/SIDA:** Entiendo que los resultados de mi prueba del VIH pueden divulgarse sin autorización a personas u organizaciones que tengan acceso en virtud de las leyes estatales y que hay una lista de esas personas u organizaciones disponible a pedido. **Aviso de nueva divulgación:** La norma 42 CFR, parte 2, prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de estos registros. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad. Es posible que el tercero no esté obligado a cumplir con esta autorización ni con las leyes aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información médica o confidencial. Esta información se ha divulgado a partir de registros protegidos por las autoridades federales y las normas estatales de confidencialidad. Las normas federales prohíben al destinatario hacer cualquier otra divulgación de la información, a menos que se permita expresamente una mayor divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita la norma 42 CFR, parte 2. Una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier cliente con un trastorno por consumo de sustancias. **Una copia o fax de esta autorización es considerada tan válida como el original y debe enviarse con todas las divulgaciones de la Parte 2.**

8) **Al firmar esta autorización, confirmo que tuve la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización y que refleja con precisión mis deseos. También confirmo que he leído y comprendido mis derechos en relación con esta autorización.**

9) **FIRMA DEL CLIENTE:** _____ **FECHA:** _____

10) **FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/OTRA PERSONA:** _____ **FECHA:** _____

Si lo firma una persona que no sea el cliente, complete lo siguiente:

1. El cliente es: ☐ Menor ☐ Incompetente ☐ No puede firmar debido a una discapacidad ☐ Fallecido

2. Autoridad legal: ☐ Padre de un menor ☐ Tutor legal* ☐ Poder notarial (POA)* ☐ Otro*: _____

***Si marca alguna de las casillas anteriores, debe tener una prueba de autoridad legal adjunta a esta autorización antes de que se entregue cualquier registro. (p. ej., documentos de tutela, documentos de poderes notariales)**

Solo para uso de la oficina: Miembro del personal que asiste al cliente para completar la autorización: _____