

ProHealth Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-262-928-4465 (VRS: 1-866-327-8877).

ATENCIÓN: Si habla español, tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-262-928-4465 (VRS: 1-866-327-8877).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-262-928-4465 (VRS: 1-866-327-8877).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente/Nombres Previos _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Expediente Médico _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Número de Teléfono _____

AUTORIZA LA DIVULGACIÓN A:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ProHealth Care Oconomowoc Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> ProHealth Care Pharmacy |
| <input type="checkbox"/> ProHealth Care Behavioral Health Services | <input type="checkbox"/> ProHealth Care Waukesha Memorial Hospital |
| <input type="checkbox"/> PHMG, Specify Clinic/Provider _____ | <input type="checkbox"/> ProHealth Medical Group Occ Health, Especifique locación _____ |
| <input type="checkbox"/> ProHealth Waukesha Memorial Hospital - Mukwonago Campus | <input type="checkbox"/> ProHealth Solutions Participant _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro (Nombre del Proveedor de Cuidados Médicos/Plan/Otros): _____ | |

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A:

Nombre del Proveedor de Cuidados Médicos/Proveedor/ Plan/Otros _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR:

CLINICA		HOSPITAL	
<input type="checkbox"/> Resumen de Expedientes 2-3 años (resúmenes generales incluyen Notas de Progreso, Consultas, Pruebas de Laboratorio y Reportes Radiológicos)		<input type="checkbox"/> Resumen del Hospital (resumen general que incluye Resumen de Alta, H&F, Consultas, Reportes Operativos, Pruebas de Laboratorio, Reportes Radiológicos y del Departamento de Emergencia)	
<input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo	<input type="checkbox"/> Salud Mental/ de Comportamiento	<input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo	<input type="checkbox"/> Salud Mental/ de Comportamiento
<input type="checkbox"/> Historial y Físico	<input type="checkbox"/> Radiografías	<input type="checkbox"/> Historial y Físico	<input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Notas de Visitas al Consultorio	<input type="checkbox"/> Reporte Radiológicos	<input type="checkbox"/> Notas de Evolución Clínica	<input type="checkbox"/> Reportes Radiológicos
<input type="checkbox"/> Reporte Operativo / de Procedimiento	<input type="checkbox"/> Notas de Rehabilitación TF, TO, Terapia del habla)	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Notas de Rehabilitación (TF, TO, Terapia del habla)
<input type="checkbox"/> Reporte de Pruebas de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Registros de Facturación	<input type="checkbox"/> Reporte Operativo /de Procedimiento	<input type="checkbox"/> Registros de Facturación
<input type="checkbox"/> Reporte Patológico		<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Reporte Patológico
		<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Historial de recetas
<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Otro _____	

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN UN CONSENTIMIENTO ESPECIAL: En cumplimiento con los Estatutos de Wisconsin y leyes federales, que requieren un permiso especial para divulgar información privilegiada, yo autorizo a que se divulgue la siguiente información. Marque todo lo que corresponda.

- HIV/AIDS* Trastorno de uso (abuso) de sustancias** SANE SANE Fotos

Toda la información, incluida la información mencionada anteriormente como "Clínica" y "Hospital" y las notas de asesoramiento sobre trastornos por uso (abuso) de sustancias, se divulgará conforme a esta autorización.

(por favor escriba la información)

PARA LAS SIGUIENTES FECHAS: Desde: _____ Hasta: _____

PROPOSITO DE DIVULGACION: Por favor, escriba el propósito específico de divulgación o marque la categoría que corresponda.

- Cuidado Continuo Cambio a un Nuevo Proveedor Seguro de Salud/Reclamo Legal Uso Personal
 Determinación de Discapacidad Compensación del Trabajador Evaluación de Rehabilitación Vocacional
 Otra _____

Marque uno: Divulgación Verbal Divulgación por Escrito Vista Divulgación Electrónica/Digital (especifique) _____

Forma de Divulgación: Correo Postal MyChart Fax _____ Lugar de Recolección _____

PROHEALTH CARE

ORIGINAL - Medical Records

PATIENT LABEL



SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a Inspeccionar o a Recibir una Copia de la Información de Salud que se va a Usar o Divulgar – Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o de recibir una copia (a un precio razonable) de la información de salud que he autorizado a ser usada o divulgada por este formulario de autorización.

Derecho a Recibir una Copia de esta Autorización –entiendo que si estoy de acuerdo de firmar esta autorización, puedo recibir una copia.

Derecho a Negarme a Firmar esta Autorización – Entiendo que no tengo obligación de firmar este formulario y que ProHealth Care no puede condicionar tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad de beneficios médicos por mi decisión de firmar esta autorización con excepción de: a) tratamiento relacionado con investigación, b) inscripción en un plan de salud o elegibilidad, c) provisión de cuidado de salud cuyo único propósito es crear PHI (información de salud protegida) para divulgar a una tercera parte.

Derecho a Retirar esta autorización – Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento al hacer una declaración por escrito del retiro al Departamento de Divulgación de Información ProHealth Care. Soy consciente que el retiro no será efectivo en cuanto a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que las personas y organizaciones escritas más arriba hayan realizado anteriormente con respecto a esta autorización. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida por las normas de privacidad federales.

***Resultados de VIH:** Entiendo que mi resultado de VIH puede divulgarse sin autorización a personas /organizaciones que tienen acceso bajo las leyes del Estado y una lista de esas personas/organizaciones está disponible a mi pedido.

****Información sobre el trastorno por uso (abuso) de sustancias:**

Esta información le ha sido divulgada a partir de los registros del programa de trastornos por uso (abuso) de sustancias de ProHealth protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben realizar más divulgaciones de esta 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 permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. La información NO es suficiente para este propósito. El paciente puede revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que las personas que divulgan o reciben la información hayan actuado basándose en el consentimiento.

Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas.

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización es efectiva hasta el _____ o un año a partir de la fecha que se firmó e incluye los expedientes que fueron creados o existían en o antes de la fecha en que se firmó esta autorización.

Esta incluye expedientes que fueron creados después de la fecha en que se firmó esta autorización y hasta la fecha de vencimiento. _____(iniciales)

FIRMA DEL PACIENTE /REP. LEGAL: _____ FECHA: _____ HORA: _____

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, complete lo siguiente:

1. El individuo es: un menor ilegalmente incompetente o incapacitado fallecido
2. Autoridad Legal: Padre* tutor legal familiar/albacea de fallecidos activated POA for Health Care

*Al firmar arriba, por la presente declaro que no me han negado la ubicación de este hijo menor de edad.

Información Divulgada por: _____ FECHA: _____ HORA: _____

Número de Páginas Divulgadas: _____

PROHEALTH CARE
ORIGINAL - Medical Records

PATIENT LABEL

