

**AUTORIZACION PARA RECIBIR INFORMACION MEDICA DE OTRA INSTITUCION**

**1. INFORMACION SOBRE EL PACIENTE**

Apellidos, Nombre, Inicial del Segundo Nombre			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Membresía	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Número de teléfono	

**2. AUTORIZA LA DIVULGACION POR PARTE DE:**

\_\_\_\_\_  
Proveedor de atención médica/Organización/Individuo

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código Postal

**3. A DIFUNDIR INFORMACION MEDICA A:**

Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW)  
ATTN: Release of Information  
5249 East Terrace Drive  
Madison, WI 53718  
Phone: (608) 441-3500  
Fax: (608) 441-3499

**4. PROPOSITO DE ESTA DIVULGACION:**

El propósito de esta divulgación es la transferencia a Otro Médico para recibir Atención Médica Continuada.

**5. INFORMACION A DIVULGAR Y EL FORMATO:**

Intervalo de fechas: del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM) (DD) (AAAA) (MM) (DD) (AAAA)

- Consultas     Historial de vacunas     Notas sobre los ojos     Notas de radiología     Lista de problemas/Resumen de salud
- Fisioterapia/Terapia ocupacional     Informes de laboratorio     Lista de medicamentos     Procedimientos
- Información específica relativa a: \_\_\_\_\_

**Leyes federales y estatales requieren un consentimiento especial para la divulgación de ciertas clases de información. Marque las casillas que correspondan:**

- Salud Mental     Uso de alcohol/drogas     Discapacidades de desarrollo     SIDA/VIH

**6. MIS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN**

**Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información médica a usar o divulgar:** Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información médica que he autorizado a usar o divulgar.

**Derecho a recibir una copia de esta autorización:** Entiendo que si accedo a firmar esta autorización, lo cual no estoy obligado a hacer, puedo solicitar una copia firmada del formulario.

**Derecho a no firmar esta autorización:** Entiendo que no estoy bajo obligación de firmar este formulario, y que la(s) persona(s) y/u organización(es) arriba mencionadas a las que estoy autorizando a usar y/o divulgar mi información no podrán condicionar el tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios de atención médica basándose en mi decisión de firmar esta autorización.

**Derecho a revocar esta autorización:** Entiendo que es necesaria una notificación por escrito para poder cancelar esta autorización. Para obtener información sobre cómo revocar mi autorización o para recibir una copia de mi revocación, podré ponerme en contacto con Group Health Cooperative. Soy consciente de que mi revocación no tendrá efecto sobre los usos y/o divulgaciones de mi información médica que la(s) persona(s) u organización(es) mencionadas arriba ya hayan hecho en referencia a esta autorización. Group Health Cooperative no condicionará ningún tratamiento basándose en el cumplimiento de esta autorización. Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por parte del destinatario.

**Divulgación Posterior:** Entiendo que si las personas u organizaciones a las que estoy autorizando a recibir y/o usar la información médica protegida no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información médica, podrán divulgar posteriormente la información médica protegida y ésta podría dejar de estar protegida bajo las leyes federales de privacidad de la información médica. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente.

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización tiene un (1) año de vigencia a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario. \_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM      DD      AAAA

## AUTORIZACION PARA RECIBIR INFORMACION MEDICA DE OTRA INSTITUCION

Firma del paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

Relación: \_\_\_\_\_

Paciente es:  Menor  Incompetente/Discapacitado  Difunto

Autoridad legal:  Tutor legal

Esposo/a del/de la difunto/a

Poder Notarial Médico

Representante personal

Otra: \_\_\_\_\_

### Guía para completar la autorización para recibir información médica de otra institución

- Este formulario puede usarse para obtener historiales médicos de otra institución de atención médica.
- Complete el nombre del paciente, el número membresía de GHC, el número de teléfono durante el día y la fecha de nacimiento.
- Complete el nombre y dirección de la persona o institución de la cual se obtendrán el historial.
- Identifique las fechas correspondientes de servicio del historial que GHC-SCW obtendrá.
- Marque la información correspondiente que se va a difundir (copiar y/o enviar por fax).
- Revise sus derechos con respecto a esta autorización.
- Revise la fecha de vencimiento de la autorización. Si desea otra fecha de vencimiento, por favor indíquela.
- Obtenga la firma del paciente o del representante legal (relación) e indique la fecha.
- Si esta solicitud tiene que ver con SIDA/VIH, Atención de Salud Mental, Uso de Alcohol/Drogas o Discapacidades de Desarrollo, por favor firme e indique la fecha bajo la sección correspondiente.
- Envíe la solicitud completa por correo a su institución de atención médica anterior. Es posible que tenga que ponerse en contacto con su clínica anterior para recibir información o para saber a dónde enviar (o enviar por fax) el formulario. **Si envía el formulario a GHC, esto solamente demorará el proceso para que su proveedor de GHC-SCW obtenga copias de su historial médico anterior.**
- Su clínica anterior procesará su solicitud y enviará la información a GHC-SCW.