

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA DE OTRO CENTRO

1. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre: apellido, nombre, inicial del segundo nombre			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de historia clínica/de miembro	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Número de teléfono	

2. ENVIADO POR:

Nombre del proveedor de atención médica/organización/persona _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

3. DIVULGADO A:

Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW)
ATTN: Administración de información de salud
1265 John Q Hammons Drive
Madison, WI 53717-1962
Teléfono: (608) 251-4156
Fax: (608) 221-2646

4. PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN:

El propósito de esta divulgación es la continuación de la atención/transferencia de atención.

5. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ Y FORMATO:

Intervalo de fechas: DD / MM / AAAA a DD / MM / AAAA

- Visitas al consultorio
- Registros de vacunación
- Notas oftalmológicas
- Notas de radiología
- Lista de problemas/Resumen de salud
- Fisioterapia/Terapia ocupacional
- Informes de laboratorio
- Lista de medicamentos
- Procedimientos
- Información específica relativa a: _____

Las leyes federales y estatales exigen un permiso especial para divulgar cierta información. Marque las casillas correspondientes para autorizar la divulgación:

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

6. MIS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Derecho a examinar o a recibir una copia de la información médica que se vaya a utilizar o a divulgar: Comprendo que tengo derecho a examinar o a recibir una copia de la información médica que he autorizado a usar o divulgar.

Derecho a recibir una copia de esta autorización: Comprendo que, si firmo esta autorización, lo cual no estoy obligado/a a hacer, puedo solicitar una copia firmada del formulario.

Derecho a negarse a firmar esta autorización: Comprendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que la(s) persona(s) u organización(es) enumeradas anteriormente a quienes autorizo a usar y/o divulgar mi información no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios de atención médica según mi decisión de firmar esta autorización.

Derecho a revocar esta autorización: Comprendo que es necesaria una notificación por escrito para revocar esta autorización. Para obtener información sobre cómo revocar mi autorización o recibir una copia de mi revocación, puedo comunicarme con GHC-SCW. Soy consciente de que mi revocación no será efectiva para los usos y/o divulgaciones de mi información médica que la(s) persona(s) u organización(es) mencionada(s) anteriormente ya haya(n) hecho en referencia a esta autorización. GHC-SCW no condicionará el tratamiento al cumplimiento de esta autorización. Comprendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario.

Divulgación adicional: Comprendo que, si las personas u organizaciones a las que autorizo a recibir y/o utilizar la información médica protegida no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información médica, pueden divulgar la información médica protegida y es posible que la información ya no esté protegida por estas leyes. Comprendo que esta información puede divulgarse electrónicamente.

FECHA DE CADUCIDAD: Esta autorización tiene validez por un (1) año a partir de la fecha de su firma, a menos que se indique lo contrario.

DD / MM / AAAA

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

Parentesco: _____
El paciente es: Menor Incompetente/Incapacitado Fallecido

Autorización legal: Tutor legal Cónyuge del fallecido
 Tutor para la atención médica Representante personal
 Otro: _____

Pautas para completar la autorización para recibir información médica de otro centro

1. Este formulario se puede utilizar para obtener registros médicos de otro centro de atención médica.
2. Complete el nombre del paciente, número de seguro social, número de teléfono diurno y fecha de nacimiento.
3. Complete el nombre y la dirección de la persona/centro del que se obtendrán los registros.
4. Identifique las fechas de servicio apropiadas para los registros que se obtendrán.
5. Verifique la información apropiada que se va a divulgar (copiada y/o enviada por fax).
6. Revise sus derechos para esta autorización.
7. Revise la fecha de caducidad de la autorización. Si desea una fecha de caducidad diferente, indíquelo.
8. Obtenga la firma del paciente o representante legal (parentesco) y la fecha.
9. Si esta solicitud se relaciona con SIDA/VIH, atención de salud mental, uso de alcohol/drogas o discapacidades de desarrollo, firme y coloque la fecha en la sección especificada.
- 10. Envíe por correo la solicitud completa a su centro de atención médica anterior. Es posible que deba comunicarse con su clínica anterior para obtener información sobre dónde enviar por correo o fax el formulario completo. Si se envía a Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW), esto solo retrasará el proceso de que su proveedor de GHC-SCW reciba copias de sus registros médicos anteriores.**
11. Su clínica anterior procesará su solicitud y enviará la información a GHC-SCW.