

## AUTORIZACIÓN PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN MÉDICA POR PARTE DE GHC

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ N° de GHC \_\_\_\_\_ N° de Teléfono (Día) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**AUTORIZA LA DIVULGACIÓN POR PARTE DE:**

Group Health Cooperative  
ATTN: Release of Information  
5249 E. Terrace Drive  
Madison, WI 53718  
Tel. Directo: (608) 441-3500  
Fax: (608) 441-3499  
[www.ghcscw.com](http://www.ghcscw.com)

**A DIFUNDIR INFORMACIÓN MÉDICA A:**

Nombre del Proveedor Médico/Organización/Individuo \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

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

**PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN:**

- Transferencia a otro Médico/Continuación de Atención Médica (Habitualmente se difunden hasta 2 años de la información más reciente)
- Solicitud de Seguro     Determinación de Discapacidad     Investigación Judicial     Pago de Reclamos/Beneficios
- Uso Personal     Otro, por favor especifique \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN A DIVULGAR:** (Nota: Por favor vea Divulgaciones que Requieren un Consentimiento Especial para SIDA/VIH, Salud Mental, Uso de Alcohol/Drogas y Discapacidades de Desarrollo.)

Intervalo de Fechas: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Esta autorización se extenderá de igual manera a futuros historiales de tratamiento, tras la fecha de la firma, siempre y cuando dichos tratamientos tengan lugar mientras esta autorización esté en vigor. (Por favor escriba sus iniciales si desea incluir también historiales futuros, no creados todavía, en esta autorización.)**

Iniciales

- Notas de Consulta     Historial de Vacunaciones     Informes de Radiología     Materiales de Radiología →
- Historial de la Vista     Fisioterapia     Notas de Medicina Complementaria
- Informes de Laboratorio: \_\_\_\_\_
- Autorizo la comunicación verbal entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ en lo que respecta a mi atención y tratamiento médico en Group Health Cooperative.

Materiales de Radiología  
8202 Excelsior Dr.  
Madison, WI 53717  
Fax: (608) 661-7210  
Tel. Directo: (608) 662-5098

**SUS 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.

**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. \_\_\_\_\_  
**Por favor note:** GHC-SCW no acepta como respuesta "Indefinido" o "Continuo" para una fecha de vencimiento válida. **Por favor especifique una fecha.** \_\_\_\_\_ Fecha (Optativo)

Firma del Paciente o Representante Legal/Relación \_\_\_\_\_

Fecha de la Firma \_\_\_\_\_

**DIVULGACIONES QUE REQUIEREN UN CONSENTIMIENTO ESPECIAL:**

Mi firma autoriza específicamente la difusión de información médica relacionada con pruebas, diagnósticos y tratamiento de:

- SIDA/VIH     Atención de Salud Mental     Uso de Alcohol/Drogas     Discapacidades de Desarrollo

Firma del Paciente o del Representante Legal/Relación \_\_\_\_\_  
(Una copia fotostática será tan válida como el original.)

Fecha de la Firma \_\_\_\_\_

## Guía para Completar la Autorización para Difundir Información Médica por parte de GHC

1. Este formulario puede usarse para difundir historiales médicos por parte de GHC.
2. Complete el nombre del paciente, el número de GHC, el número de teléfono durante el día, y la fecha de nacimiento del paciente.
3. Complete el nombre y la dirección de la persona o institución a la que se va a difundir el historial médico.
4. Marque la razón para difundir esta información (Propósito de esta Divulgación).
5. Identifique las fechas correspondientes de servicio de los historiales que se van a difundir.  
**\*\*Por favor escriba sus iniciales si desea que se difundan sus historiales futuros como parte de esta autorización. \*\***
6. Marque la información correspondiente que se va a difundir (copiar y/o enviar por fax).
7. Revise sus derechos con respecto a esta autorización.
8. Revise la fecha de vencimiento de la autorización. Si desea otra fecha de vencimiento, por favor indíquelo.
9. Obtenga la firma del paciente o del representante legal (relación) e indique la fecha.
10. Si esta solicitud tiene que ver con SIDA/VIH, Salud Mental, Uso de Alcohol/Drogas o Discapacidades de Desarrollo, por favor firme e indique la fecha bajo la sección correspondiente.

### Sólo para Uso de Oficina

1. Identificación:
  - Comprobación de la Licencia de Manejo
  - Comprobación de otra forma de identificación (por favor especifique) \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene la persona autorizada por el paciente alguno de los siguientes documentos?:
  - Poder Notarial para Atención Médica (por favor compruebe la Lista de Documentos en Epic Care)
  - Documentos de Tutela/Custodia Legal (por favor compruebe la Lista de Documentos en Epic Care)
  - Otro, por favor especifique \_\_\_\_\_
3. Paciente menor de edad con padres divorciados:  
Pregunte al padre o madre que esté solicitando los registros si alguna vez le(s) han sido denegados períodos de tenencia compartida, o si le(s) han revocado la patria potestad por parte de los tribunales.
  - Sí---se necesita documentación adicional para clarificar esto---se necesita una copia de la Custodia/Documentos Legales
  - No
4. Haga una copia de la documentación correspondiente relacionada con los puntos 2 y 3.
5. Iniciales de la persona que difunde la información \_\_\_\_\_ Fecha de Difusión de la información: \_\_\_\_\_  
Información Específica Difundida (Marque todo lo que sea aplicable): CD Microfilme Hoja Clínica EpicCare