

AUTORIZACIÓN PARA QUE GHC-SCW PUEDA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

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:

Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW)
 ATTN: Release of Information
 1265 John Q Hammons Drive
 Madison, WI 53717-1962
 Teléfono: (608) 441-3500
 Fax: (608) 441-3499
 Envíe la autorización completada por correo electrónico a:
ghcroi@ghscw.com

3. DIVULGADO A:

Nombre del proveedor/organización/persona/otro			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	

4. PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN:

- Transferencia de la atención/continuidad de la atención (se acostumbra a dar a conocer hasta 2 años de la información más reciente)
- Solicitud de seguro Determinación de discapacidad Pago de reclamos/beneficios Uso legal
- Uso personal Otro: (especifique)

5. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ Y FORMATO:

- Papel **O** DVD -- MyChart (solo solicitudes personales)

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

- Visitas al consultorio Registros de vacunación Notas oftalmológicas Notas de radiología **Informes de radiología** →
- Fisioterapia/Terapia ocupacional Medicina complementaria Informes de laboratorio Lista de medicamentos Procedimientos
- Información específica relativa a: _

Solicitudes de imágenes médicas
 Hatchery Hill Clinic
 3051 Cahill Main
 Fitchburg, WI 53711
 Fax: (608) 661-7210
 Llame: (608) 661-7354

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: _____

Instrucciones e información de divulgación importante: A continuación, encontrará instrucciones para completar este formulario; información importante sobre sus derechos de privacidad; cómo nos aseguramos de que su información se recopile, use y divulgue de acuerdo con las leyes y políticas vigentes; y nuestro compromiso de garantizar y proteger su privacidad en este proceso. Los pacientes pueden presentar quejas sobre este proceso en cualquier momento poniéndose en contacto con el Director de Privacidad de GHC-SCW o el Gerente del Departamento de Manejo de la Información de la Salud (Health Information Management, HIM).

1. Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente, la dirección, el número de teléfono, la fecha de nacimiento y el número de historia clínica (GHC-SCW).
2. Confirme que la autorización se relaciona con los registros de GHC-SCW. Es posible que GHC-SCW tenga prohibido divulgar registros pertenecientes a otros proveedores de atención médica.
3. Escriba en letra de imprenta el nombre y la dirección de la organización o la persona a la que desea entregar los registros.
4. Marque la casilla que indica el propósito de esta divulgación.
5. (a) Inserte el intervalo de fechas para el que solicita la divulgación de registros; (b) marque la(s) casilla(s) que indican el formato en el que se deben divulgar los registros (por ejemplo, papel, DVD o MyChart [solo disponible para pacientes con una cuenta activa de MyChart]) y (c) descripción específica de los registros que está divulgando (por ejemplo, solo registros de vacunación e informes de laboratorio). Tenga en cuenta que se requiere una autorización adicional para salud mental, uso de alcohol/drogas/discapacidades de desarrollo y SIDA/VIH (debe marcar la casilla correspondiente si desea que se divulgue esta información) y las solicitudes de placas radiográficas deben dirigirse a otra ubicación de GHC-SCW.
6. (a) Revise cuidadosamente sus derechos respecto a esta autorización (p. ej., su derecho a revocar). (b) El formulario debe estar firmado por la persona autorizada con autorización legal para presentar la solicitud. Si una persona diferente del paciente firma este formulario, se debe proporcionar el parentesco y los detalles adicionales sobre la naturaleza de este parentesco. (c) Se puede requerir la documentación legal emitida por un tribunal antes de procesar la solicitud y GHC-SCW será responsable de procesar las solicitudes futuras actuando sobre el documento más reciente disponible en el registro de GHC-SCW. (d) A menos que usted proporcione específicamente una fecha de caducidad, GHC-SCW divulgará información pertinente a esta autorización durante un año desde la fecha de la firma. (e) Proporcione la firma de la persona autorizada. (f) No se aceptarán firmas electrónicas.
7. Envíe el formulario completo a GHC-SCW mediante una de las siguientes opciones: (a) Envíe el formulario a través de USPS a la dirección proporcionada en este formulario; (b) envíe el formulario por fax al número proporcionado en este formulario; (c) envíe el formulario completo por correo electrónico como un archivo PDF adjunto aghcroi@ghcscw.com (tenga en cuenta que el uso del correo electrónico se considera una transmisión no segura); (d) entregue el formulario en persona en la clínica de su elección o ROI.
8. GHC-SCW reserva el derecho del paciente de autorizar o de negar la divulgación de información médica protegida (Protected Health Information, PHI) más allá de los usos con fines de tratamiento, operaciones de pago o de atención médica.
9. El personal de GHC-SCW ha revisado esta autorización que protege cuidadosamente lo que la PHI es y lo que no está autorizado a divulgar según las leyes estatales y federales, además de las normas correspondientes, y en conformidad con la política de colección de registros designados (registro médico legal). Se incorpora a la historia clínica para un almacenamiento permanente. Las copias están disponibles a petición del paciente.
10. Si bien GHC-SCW reconoce que la divulgación de la PHI a los patrocinadores del plan y a los grupos de empleadores sin certificación de que los documentos del patrocinador del plan han sido enmendados correctamente y la necesidad de cumplir con estas y todas las estipulaciones de la ley, es nuestra política procesar dichas solicitudes solo para el propósito de las transacciones de inscripción y cancelación de inscripción o con el consentimiento válido del paciente.
11. GHC-SCW cuenta con procesos en el lugar para identificar, denunciar y mejorar la protección en caso de una divulgación inadmisibles de PHI.
12. Esta autorización proporciona una estructura para uso y divulgación de rutina de la PHI, nuestro uso de las autorizaciones, la manera en la que se utiliza y en la que se accede a la información con la protección adecuada en el lugar para la protección interna de la PHI electrónica, escrita y oral.
13. GHC-SCW mantiene las políticas que regulan el derecho del paciente a acceder, solicitar restricciones, solicitar modificaciones y solicitar una descripción de la divulgación, la disposición y la disponibilidad continua del aviso de prácticas de privacidad.

Solo para uso administrativo

1. Identificación:
 - Licencia de conducir confirmada
 - Otra forma de identificación confirmada (especifique):
2. Confirmación y procesamiento de la autoridad correspondiente, si corresponde, verificado por:
 - Poder notarial para atención médica o poder notarial duradero
 - Tutela legal, órdenes de custodia/asignación, certificado de defunción, menor emancipado
 - Otro, especifique:
3. Otras medidas adoptadas para confirmar la autenticidad de la autorización: _____
4. La documentación confirmada se puede fotocopiar e integrar en el registro médico de GHC-SCW (por ejemplo, licencia de conducir)
5. Información específica divulgada (marque todo lo que corresponda): CD Microfilm Papel EpicCare Otro:

Solicitud procesada por:

Fecha en que se completó: