|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DEINFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INDIVIDUAL / AGENCIA AUTORIZADA PARA DIVULGACIÓN DE PHI** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL INDIVIDUO / AGENCIA | | | | | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | | | | NÚMERO DE FAX | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | CIUDAD | | | | | ESTADO | | | CODIGO POSTAL | | |
| **ASUNTO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PACIENTE)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE PACIENTE | NÚMERO DOC | | | UNIDAD DE VIVIENDA | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | CIUDAD | | | | | ESTADO | | | CÓDIGO POSTAL | | |
| **RECIPIENTE DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE INDIVIDUO(S) / ORGANIZACIÓN(ES) (por ejemplo, abogado, médico, paciente, familia) | | | | | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | | | | NÚMERO DE FAX | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | CIUDAD | | | | | ESTADO | | | CÓDIGO POSTAL | | |
| AVISO: Expedientes del Departamento de Correcciones con Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) puede incluir un expediente de la División de Instituciones para Adultos y/o de la División Juvenil Correccional, Archivo de Servicios Sociales o de la División Correccional en la Comunidad. Los expedientes incluyen aquellos creados por proveedores de salud del DOC y proveedores de salud no asociados con el DOC. Divulgación de PHI puede ser por escrito, electrónico o verbal.  LEA CON CUIDADO Y MARQUE LAS CASILLAS APROPIADAS. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA ESPECIFICAMENTE AUTORIZADA PARA USO/ DIVULGACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Divulgación por Dos-Vías.** Al llenar esta casilla, yo autorizo al individuo/agencia nombrado en esta autorización, a que divulguen entre ambos, el PHI identificado abajo con regularidad durante la duración de esta autorización. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la casilla de la izquierda si una copia entera del registro puede ser divulgado y explique abajo por que el registro entero es necesario. El registro entero incluye todos los tipos de información indicados a continuación, también incluyen correspondencias, consentimientos/denegaciones, hojas de administración de medicamentos, diagramas de flujo, y documentos misceláneos. Si esta casilla está marcada, ninguna de las casillas a continuación necesita estar marcadas. Si abajo no se dan fechas de inicio y conclusión, solo se proveerán registros de los últimos 12 meses. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS AUTORIZADOS PARA USO/DIVULGACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lista de Problemas  Registro de Vacunas y Resultados de Pruebas de TB (Tuberculosis)  Historial Médico/Exámenes Físicos  Notas de Progreso  Órdenes/Medicamentos del Prescriptor  Consultas  Resultados del Laboratorio  Números Específicos de la Forma: | | | Reporte de Imágenes Médicas (rayos-X, Resonancia Magnética, etc.)  Psiquiátricos (pueden incluir diagnosis de AODA/SUD)  Psicológico (puede incluir diagnosis de AODA/SUD)  Información de tratamiento/programa de AODA/SUD  Óptico  Dental  Folder de Solicitudes de Paciente/OnBase (por ejemplo, Solicitud para Servicios de Salud, Solicitud para Medicamentos/Rellenos de Medicamentos) | | | | | | | | | | | | | |
| ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN MÉDICA, DE SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD DE DESARROLLO E INFORMACIÓN DE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRANSTORNO POR ABUSO DE DROGAS/ALCOHOL Y RESULTADOS DE PRUEBA DE VIH, A MENOS QUE ESTÉN EXCLUIDOS A CONTINUACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa el periodo de tiempo de registros al ingresar las fechas de inicio y conclusión. Si no ingresan fechas, no se proveerán los registros recientes de los últimos 12 meses. | | | | | | | | | DE: |  | | | PARA: | |  | |
| Si la Autorización se limita o incluye afecciones médicas o de salud mental específica para jóvenes/juveniles, describa (incluya el período de tiempo): | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN: Yo autorizo la divulgación de mi ubicación sabiendo que revelará que estoy en un establecimiento de salud mental o de tratamiento de AODA/SUD. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROPÓSITO O NECESIDAD PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (marque la categoría aplicable)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuidado de salud/tratamiento continuo | | Revisión por paciente | | | Representación/Procedimientos legales (Corte /Administrativa) | | | | | | | | | | |
| Atención Médica Adicional | | Revisión por familiar/amistad  Determinación de Discapacidad / Seguro Social | | | | | | | | | | | | | |
| Otro | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DE PACIENTE | | | | | | | NÚMERO DOC | | | | |
| DERECHOS DE PACIENTE | | | | | | | | | | | |
| Derecho a recibir copia de esta autorización. Pacientes tienen derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo.  Derecho a negarse a firmar esta autorización. El DOC no puede poner como condición, tratamiento o pago por tratamiento basado en la decisión del paciente de no firmar este formulario, excepto para investigación y provisión de cuidados de salud solo con el propósito de crear el PHI para divulgar a una tercera persona.  Derecho a retirar esta autorización. Pacientes tienen el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento completando una Revocación de Autorización para Uso/Divulgación de PHI (DOC-1163R), o un equivalente. La revocación entra en efecto cuando el DOC, u otro individuo/agencia autorizan la divulgación de PHI, reciben el formulario, y no está en efecto sobre el uso/divulgación de PHI hecho antes del recibo del DOC-1163R, o un equivalente.  Re-divulgación. Si un paciente autoriza divulgación a un individuo/agencia no cubierto por leyes que prohíben re-divulgación, el PHI puede ser re-divulgado por ese individuo/agencia. En caso que los registros de Trastorno por Uso de Sustancias (SUD/AODA) hagan sido divulgados:   * El archivo que se ha divulgado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de este archivo a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se incluye en este registro o, de otra manera, esté permitida por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito (ver § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto lo dispuesto bajo el §§ 2.12(c)(5) y 2.65.   Derecho a Inspeccionar y/o Copiar PHI. Pacientes tiene derecho a inspeccionar y obtener copias del PHI por una tarifa razonable usada/divulgada basado en este formulario. | | | | | | | | | | | |
| Autoridad para Firmar el DOC-1163A. Un **menor** es una persona menor de 18 años. Un **adulto** es una persona de 18 años o mayor.   * Adultos pueden firmar el formulario de todo tipo de PHI acerca de ellos mismos. * Un guardián nombrado por una corte judicial de la persona o un agente bajo un Poder Legal para Cuidados de Salud (POAHC) puede firmar el formulario por un adulto o principal incompetente sobre todo tipo de PHI, a menos que este restringido por la Carta de Guardianía o documento de POAHC. * Un padre/guardián puede firmar el formulario por un hijo(a) menor de edad sobre información de salud médica/física, de salud mental y de discapacidad de desarrollo. * Menores de 12-17 años pueden firmar el formulario sobre información de AODA / SUD de ellos mismos. Un padre/guardián **no** puedetener accesoo autorizar divulgación de información de AODA / SUD de un menor hijo de 12-17 años sin consentimiento del menor. * Menores de 14 -17 años de edad pueden firmar el formulario sobre información de salud mental y discapacidad de desarrollo de ellos mismos de un proveedor de la comunidad cuyos expedientes están cubiertos por s. 51.30, de los Estatutos de Wisconsin. * Menores de 14 -17 años pueden firmar el formulario sobre resultados de pruebas de VIH de ellos mismos. Un padre/guardián **no** pueden tener acceso o autorizar divulgación de información de VIH de un menor entre los 14-17 años sin consentimiento del menor. | | | | | | | | | | | |
| **FECHA DE VENCIMIENTO DE AUTORIZACIÓN: FECHA/EVENTO** | | | | | | | | | | | |
| **Esta autorización está en efecto hasta la próxima fecha o evento:** | | | | |  | | | | | | |
| **Si una fecha/evento no es ingresada, esta Autorización vencerá un año de la fecha de la firma.** | | | | | | | | | | | |
| **He leído o me han leído este formulario de Autorización. He tenido una oportunidad para hacer preguntas. Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleja con exactitud mis deseos sobre el uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida. Entiendo que puede haber costos por hacer copias.** | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE OF PATIENT - FIRMA DE PACIENTE | | | | | | | | | DATE SIGNED1 / FECHA DE FIRMA | | |
| SIGNATURE OF OTHER PERSON LEGALLY AUTHORIZED TO CONSENT TO DISCLOSURE (If Applicable) – FIRMA DE LA OTRA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA A CONSENTIR A DIVULGAR (Si es aplicable) | | | RELACIÓN CON PACIENTE  Guardián Legal  Padre del Menor  Pariente más Cercano  Agente de Atención Médica  Representativo Personal  Otro: | | | | | | DATE SIGNED2 / FECHA DE FIRMA | | |
| **SOLO PARA EL USO DE REGISTROS MÉDICOS CENTRALES Y REGISTROS MÉDICOS DE MUJERES INACTIVOS:** | | | | | | | | | | | |
| **LISTA DE DOCUMENTOS / INFORMACIÓN DIVULGADA, BASADO EN ESTA AUTORIZACIÓN** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **(Escriba en la parte de atrás del formulario o adjunte papel(es) adicionales, si es necesario. Incluya el nombre y número DOC en cada página.)** | | | | | | | | | | | |
| Initials of Person disclosing PHI Iniciales de Persona que Divulga PHI |  | | Date Disclosed  Fecha de Divulgación | |  | | Time Disclosed  Hora de Divulgación | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | |