

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD (PHI)

INDIVIDUO / AGENCIA AUTORIZADO / A A DIVULGAR INFORMACIÓN (PHI)

NOMBRE DEL INDIVIDUO / AGENCIA		NÚMERO TELEFÓNICO	NÚMERO DE FAX
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SUJETO CUYA INFORMACIÓN DE SALUD DEBE PROTEGERSE (PACIENTE)

NOMBRE DEL PACIENTE	NÚM. DEL OFENSOR	UNIDAD DE VIVIENDA	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. TELEFÓNICO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRE DEL INDIVIDUO / AGENCIA		NÚMERO TELEFÓNICO	NÚMERO DE FAX
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOTA: Los registros del departamento de correcciones que contengan información protegida de salud (PHI) pueden incluir una ficha de registro de cuidados médicos clínicos de división de instituciones para adultos y/ o división del departamento correccional de menores, servicios sociales o de la división correccional de la comunidad. Los registros incluyen los creados por proveedores de salud DOC y no DOC. La divulgación de PHI puede ser por escrito, electrónica u oral. **LEA ATENTAMENTE Y MARQUE EL CASILLERO QUE CORRESPONDA.**

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA ESPECÍFICA AUTORIZADA PARA SER UTILIZADA / DIVULGADA

ESTA AUTORIZACION SE APLICA A SALUD MENTAL, MEDICA, INCAPACIDAD DE DESARROLLO, INFORMACION SOBRE ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL, Y RESULTADOS DE PRUEBAS DE VIH, A MENOS QUE DEBAJO SE INDIQUE QUE QUEDAN EXCLUIDAS.

Yo **NO DESEO** que se divulgue la siguiente información.

- Medica (Salud física) Resultados pruebas de VIH Diagnóstico/ Tratamiento de abuso de drogas y alcohol Incapacidad de desarrollo
 Salud mental Registros relacionados a permanecer en un centro de la División Correccional de Menores

Consentimiento de dos vías Marcando este casillero, autorizo a los individuos / agencias nombrados en esta autorización, a que se divulguen la información PHI que se especifica debajo mutuamente y de manera continua mientras dure esta autorización.

Marque la casilla a la izquierda si se puede divulgar una copia del registro completo y explique por qué el registro completo es necesario. El registro completo incluye todos los tipos de información que se indica debajo más la correspondencia, consentimientos/ rechazos, hojas de administración de medicamentos, hojas de flujo y documentación variada. **Si se marca esta casilla, no necesitará marcar ninguna casilla de la siguiente sección.**

DOCUMENTOS AUTORIZADOS PARA DIVULGAR/ UTILIZAR

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lista de problemas | <input type="checkbox"/> Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunas y resultados de pruebas de TB | <input type="checkbox"/> Psicológico |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica/ Examen físico | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución | <input type="checkbox"/> Diagnóstico por imágenes (rayos-x, MRI, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consulta | <input type="checkbox"/> Dental |
| <input type="checkbox"/> Ordenes/medicamentos por el prescriptor (no incluya medicamentos psicotrópicos si se ha excluido salud mental arriba). | <input type="checkbox"/> Óptico |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Carpeta de solicitudes del paciente (por ejemplo, solicitudes de servicio de salud, solicitudes de resurtir medicamentos/ insumos médicos). |
| <input type="checkbox"/> AODA- Abuso de drogas. (solo diagnóstico) <input type="checkbox"/> AODA Información programa/ tratamiento | |

Describa el período de tiempo de registros ingresando las fechas de comienzo y finalización. Si no se ingresa ninguna fecha, se brindarán los registros de los últimos 12 meses.

De: _____ A: _____

Si la autorización se **limita** a condiciones específicas de salud clínica o mental, describa:

LUGAR: Autorizo la divulgación de mi ubicación sabiendo que se revelará que me encuentro en un centro de salud mental o AODA (abuso de drogas)

PROPÓSITO O NECESIDAD DE DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (MARQUE LA CATEGORÍA QUE CORRESPONDA)

- Tratamiento/ cuidados de salud en curso Evaluación por el paciente Procedimientos/ representaciones legales (Corte/ Administrativas)
 Coordinación de cuidados o elegibilidad para recibir servicios/ beneficios. Evaluación por un familiar/ amigo
 Otro

NOMBRE DEL PACIENTE

NUMERO DEL OFENSOR

DERECHOS DEL PACIENTE

- Derecho a recibir un a copia de esta autorización. Los pacientes tiene derecho a recibir una copia de esta autorización luego de firmarla.
- Derecho a rechazar esta autorización. DOC no podrá condicionar el tratamiento o el pago por un tratamiento basándose en la decisión de un paciente de no completar este formulario, excepto para tratamientos relacionados con la investigación y la provisión de cuidados médicos con el propósito de crear PHI para ser divulgado a un tercero.
- Derecho a retirar esta autorización. Los pacientes tienen el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento completando una Revocación de Autorización para la utilización/ divulgación de PHI (DOC-1163R), o su equivalente. La renovación será efectiva cuando DOC u otro individuo/ agencia autorizado/a a divulgar PHI, reciba el formulario, y no es efectivo sobre la utilización/ divulgación de PHI hechas antes del recibo del DOC-1163R o su equivalente.
- Re- divulgación. Si un paciente autoriza la divulgación a un individuo/ agencia no cubierto por las leyes que prohíben la re-divulgación, el PHI podrá ser re-divulgado por ese individuo/ agencia.
- Derecho a inspeccionar y/o copiar PHI. Los pacientes tienen derecho a inspeccionar, y a obtener copias de PHI a un precio razonable, de utilización/ divulgación basadas en este formulario.
- Autoridad para firmar DOC-1163ª. Un **menor** es una persona menor de 18 años de edad. Un **adulto** es una persona mayor de 18 años.
 - Los adultos podrán firmar el formulario con respecto a todos los tipos de PHI sobre ellos mismos.
 - Un guardián apuntado por la corte de la persona o un agente bajo un Poder Legal Válido para Cuidados de Salud (POCHC) puede firmar el formulario por el adulto incompetente o el principal con respecto a todos los tipos de PHI, a menos que se restrinja por medio de las Cartas de Custodia o un documento POAHC.
 - Uno de los padres/ guardián puede firmar el formulario por un menor con respecto a salud médica/ física, salud mental y de información de incapacidad de desarrollo.
 - Los Menores entre 12-17 pueden firmar el formulario AODA (de abuso de drogas) sobre ellos mismos. Uno de los padres/ guardián **no** puede acceder ni autorizar la divulgación de información AODA sobre un menor entre 12-17 años sin el consentimiento del menor.
 - Los menores entre 14-17 años pueden firmar el formulario con respecto a salud mental y a la información de incapacidad de desarrollo mismos de un proveedor de servicios en la comunidad cuyos registros están cubiertos por s. de los Estatutos de Wis. 51.30 acerca ellos mismos.
 - Los Menores entre 14-17 pueden firmar el formulario de VIH acerca de ellos mismos. Uno de los padres/guardian **no** puede acceder ni autorizar la divulgación de información VIH sobre un menor entre 14-17 años sin el consentimiento del menor.

ESTA AUTORIZACIÓN VENGE:: FECHA/ EVENTO:

Esta autorización es efectiva hasta la siguiente fecha o evento: _____
Si no se ingresa ninguna fecha o evento, esta autorización vence pasado un año de la fecha en que fue firmada.

He leído o se me ha leído este formulario de autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja de manera precisa mis deseos con respecto a la utilización y a la divulgación de información de mi Información de Salud Protegida.

FIRMA DEL PACIENTE		FECHA DE LA FIRMA
FIRMA DE OTRA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA A AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN (si corresponde).	CARGO O RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE LA FIRMA

LISTA DE DOCUMENTOS/ INFORMACIÓN DIVULGADA BASÁNDOSE EN ESTA AUTORIZACIÓN (escriba en el reverso del formulario o adjunte hojas adicionales si es necesario, incluya el nombre y número de DOC en cada hoja)

INICIALES DE LA PERSONA QUE DIVULGA PHI	FECHA DE DIVULGACIÓN	HORA DE DIVULGACIÓN
_____	_____	_____

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD (Disclaimer)
 Esta es una traducción de un documento escrito en inglés, distribuido como una cortesía a las personas que no pueden leer inglés. Si resulta alguna diferencia o algún malentendido con esta traducción, el único documento reconocido sera la versión en inglés.
 This is a translation of an English-language document provided as a courtesy to those not fluent in English. If differences or any misunderstandings occur, the document of record shall be the related English-language document.

FACSIMILE OR PHOTOCOPY CAN BE TREATED AS ORIGINAL

DISTRIBUTION: Original - Medical Chart, Consents/Refusals Section; or PSU Record, Legal Documents/Consents/Outside Records Section; Legal File, Right Side or Social Services File, Confidential Envelope; or Division of Community Corrections Supervision File Copy - Individual/Agency authorized to disclose PHI when other than DOC Copy - Patient /Other Person signing form