

**LIBERACIÓN DE ARCHIVOS MÉDICOS
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Información de la Paciente

Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Fax:

Por la presente autorizo y solicito que **Women's Health Specialists:**

Libere Información A: Obtener Información De:

Organización:		Nombre de Contacto:	
Dirección:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Fax:

Información que deberá liberarse:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial Médico | <input type="checkbox"/> Tratamiento/Pruebas | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Notas de Oficina/Reportes de Examinación | <input type="checkbox"/> Reportes de Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Resultados de Enfermedades de Transmisión Sexual |
| <input type="checkbox"/> Visitas de Consulta | <input type="checkbox"/> Reportes Hospitalarios/Cirugía | <input type="checkbox"/> Resultados de Prueba de VIH (Hay disponible una lista de las excepciones legales para divulgar los resultados de las pruebas del VIH sin consentimiento) |
| <input type="checkbox"/> Facturación/Finanzas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Todas las anteriores | | |

Propósito para necesidad de divulgación:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atención Médica Adicional/Cambio de Médicos | <input type="checkbox"/> Pago de la Reclamación del Seguro | <input type="checkbox"/> Investigación Legal |
| <input type="checkbox"/> Segunda Opinión | <input type="checkbox"/> Solicitud de Seguro | <input type="checkbox"/> Determinación de Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> A Petición del Individuo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Al firmar esta autorización, yo admito que he leído el reverso y libero a la(s) organización(es) y/o persona(s) mencionadas anteriormente de cualquier responsabilidad legal que pueda surgir de esta acción.

Entiendo que esta autorización estará vigente por un año o hasta el _____, a menos que sea revocada mediante una notificación escrita, excepto en la medida en que la(s) persona(s) y/u organización(es) mencionadas anteriormente ya hayan hecho referencia a esta autorización.

Firma de la Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre de la Persona Autorizada en Letra Imprenta: _____

Firma de la Persona Autorizada: _____ Fecha: _____ Relación con la Paciente: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE LA PACIENTE

Women's Health Specialists honra el derecho a la confidencialidad de la información médica de la paciente, tal como lo establece la ley federal y estatal. Por favor, antes de firmar esta autorización, lea las siguientes pautas.

Derecho a obtener una copia de esta autorización: Usted tiene derecho a solicitar una copia de esta autorización. Puede solicitar una copia a su médico o a nuestra recepción.

No Tiene Obligación de Firmar: Usted no tiene la obligación de firmar este formulario y puede negarse a hacerlo. Con excepción de lo permitido bajo la ley aplicable. Si usted se niega a firmar este formulario, Women's Health Specialists no puede negarse a proporcionarle tratamiento u otros servicios de atención médica. Sin embargo, si a través de firma del formulario usted se niega a liberar esta información, esto podría tener como resultado: por ejemplo, una falta de coordinación adecuada de su tratamiento con otros proveedores de atención médica.

Revocación: Usted tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que expire. Sin embargo, su revocación por escrito NO afectará ninguna de las divulgaciones de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización que figuran en el reverso de este formulario ya hayan realizado, en base a esta autorización, antes del momento de su revocación. Además, si esta autorización se obtuvo con el propósito de obtener cobertura de seguro, es posible que su revocación no sea efectiva en ciertas circunstancias en las cuales la aseguradora esté impugnando un reclamo. Su revocación debe hacerse por escrito y dirigirse a: Women's Health Specialists, 1818 N. Meade St, Suite 330, Appleton, WI 54911.

Re-liberación: Si la(s) persona(s) y/u organización autorizada por este formulario para recibir su información médica no son proveedores de atención médica u otras personas sujetas a las leyes federales de privacidad médica, la información médica que reciben puede perder su protección bajo las leyes federales de privacidad médica y esas personas pueden estar autorizadas a divulgar su información médica nuevamente sin su previo permiso.

Derecho a Inspección: Usted tiene derecho a inspeccionar o copiar la información médica cuya divulgación está autorizando, con ciertas excepciones provistas por las leyes estatales y federales. Si desea inspeccionar sus registros, comuníquese con su médico o con la oficina de Women's Health Specialists. En conformidad con la Ley 51.30 de Wisconsin [Acceso del paciente s.51.30(4)(d)3], la inspección de un registro se realizará en presencia de un médico.

Costos de Copias: Si usted solicita la divulgación/liberación de información médica a otros hospitales, clínicas o médicos para recibir atención médica adicional, no se cobrarán cargos por copias. Puede ser que le cobren por copias solicitadas con otros propósitos.

Firmas: Por lo general, si usted tiene 18 años o más, es la única persona autorizada para firmar un formulario que autorice la divulgación de su información médica. Si usted es menor de 18 años, sus padres o tutor deberán firmar este formulario en su nombre. Sin embargo, hay muchas situaciones en las que esta regla general no es aplicable. Para obtener más información sobre quién está autorizado(a) a firmar este formulario, comuníquese con Women's Health Specialists al 920-749-4000.