

For Office Use

Form Completed \_\_\_\_\_

Form Sent \_\_\_\_\_

Form Scanned \_\_\_\_\_

**Solicitud para Completar el Formulario**

El no responder a todas las preguntas de este formulario podría retrasar la tramitación del mismo. Usted deberá completar y firmar la "Autorización para Divulgación de Información Médica" que se encuentra al pie de este formulario para que nosotros liberemos su información médica.

**\*Por favor permita de 7-10 días hábiles para completar el formulario\***

Nombre de la Paciente:	Fecha de Nacimiento de la Paciente:	Teléfono de la Paciente:
Dirección de la Paciente:	Médico/Proveedor de la Paciente:	Nombre del Cónyuge de la Paciente:

**SOLICITUD de FMLA (Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos)**

Esta solicitud ¿Es para usted o para su cónyuge?	¿Usted se ausentó de su trabajo?	De ser SÍ, Escriba su 1 <sup>er</sup> Día de Ausencia,	Fecha Prevista para Reincorporarse al Trabajo:
MÍ MISMA      CÓNUGE	SÍ    NO    N/A		
Razón para la Solicitud: <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Postparto <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Cómo le gustaría recibir el formulario? <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Cuando esté listo llámenme al siguiente número: _____ <input type="checkbox"/> Enviar vía Fax al siguiente número: _____	¿Cuándo necesita que le devuelvan los formularios?	
<b>Tiempo Intermitente vs Tiempo Continuo (seleccione uno):</b> <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Continuo	De ser Intermitente: Épocas/momentos donde se estima que se produzca una incapacidad, _____ veces por <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes, y lo más probable es que duren aproximadamente _____ <input type="checkbox"/> hora(s) <input type="checkbox"/> día(s) por época/momento.	De ser Continuo: Cantidad de Tiempo Solicitado: _____	

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

(LA FOTOCOPIA O EL FACSIMIL DE LA AUTORIZACIÓN ORIGINAL SE CONSIDERARÁN TAN VÁLIDOS COMO EL ORIGINAL)

La información que se divulgará proviene de:

Women's Health Specialists  
 1818 N. Meade St. suite 330  
 Appleton, WI. 54911

La información será divulgada a:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Información que será divulgada:** Información necesaria para completar el formulario o los formularios. **Necesidad para dicha divulgación:** El formulario debe completarse a petición de la paciente.

Entiendo que si la(s) persona(s) y/u organización(es) mencionadas anteriormente no son proveedores de atención médica, planes de salud o centros de intercambio de información médica, los cuales deben seguir los estándares federales de privacidad, la información médica divulgada como resultado de esta autorización podría dejar de estar protegida por los estándares federales de privacidad y mi información médica podría volver a ser difundida sin haber obtenido mi autorización.

**SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON ESTA AUTORIZACIÓN:**

**Derecho a inspeccionar o copiar la información médica que será utilizada o divulgada** – Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar la información médica que he autorizado para ser utilizada o divulgada a través de este formulario de autorización. Puedo solicitar inspeccionar mi información médica u obtener copias de la misma. **Derecho a recibir una copia de esta autorización** – Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. **Derecho a rehusar firmar esta autorización** – Entiendo que no estoy bajo la obligación de firmar este formulario y que la organización mencionada anteriormente, a la cual he autorizado a divulgar mi información, no puede condicionar el tratamiento, el pago, la 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 para cancelar esta autorización es necesario enviar una notificación por escrito. Para obtener información sobre cómo revocar mi autorización o recibir una copia de este, puedo ponerme en contacto con el departamento de registros médicos. Soy consciente de que mi revocación no tendrá efecto en los usos y/o divulgaciones de la información sobre mi salud que ya hayan sido realizadas por las personas y/u organizaciones mencionadas anteriormente en referencia a la autorización. **Fecha de Vencimiento:** Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha: \_\_\_\_\_ o durante un año a partir de la fecha de la firma. He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que ésta refleja mis deseos de manera precisa.

**FIRMA DE LA PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA FALTA DE LA FIRMA DE LA PACIENTE:** \_\_\_\_\_

(EN CASO DE SER FIRMADO POR OTRA PERSONA QUE NO SEA LA PACIENTE, INDIQUE SU RELACIÓN CON ELLA Y SU AUTORIDAD PARA FIRMAR EN SU NOMBRE, COMO POR EJEMPLO, PODER LEGAL/NOTARIAL O TUTELA LEGAL).