

Patient Name

DOB:

MR #

SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD**

Index to Auth - PHI

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Por favor escriba en letra de imprenta de forma clara. Se debe proporcionar toda la información.

Nombre legal completo: _____
(Primer nombre) (Apellido) (Inicial del segundo nombre)

Dirección actual: _____
(Dirección) (Ciudad) (Código postal)

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

2. POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO Y SOLICITO (Por favor marque únicamente una ubicación por autorización) A:

- SwedishAmerican Hospital Otro (Nombre del centro/persona y dirección): _____
 SwedishAmerican Medical Center Belvidere _____
 SwedishAmerican Home Care _____
 SwedishAmerican Medical Group (SAMG, por sus siglas en inglés):
(Especificar ubicación de la clínica) _____

3. DIVULGAR, UTILIZAR Y/O REVELAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD:

- Sólo un resumen de lo anterior (incluye reportes dictados y resultados de pruebas de diagnóstico como por ejemplo resultados de laboratorio e informes de rayos X)
 Registros médicos completos (incluye resumen y notas de enfermería, notas de mejorías, órdenes del médico, etc.)
 Imágenes Médicas (Radiología) Placas (Rayos X, CT, MRI, ultrasonido, cardiovascular, etc.)
 Otra (especificar) _____

RELACIONADA AL SIGUIENTE TRATAMIENTO O PERÍODO DE TIEMPO:

Desde _____ (Fecha) Hasta _____ (Fecha)

4. LA INFORMACIÓN PUEDE DARSE A CONOCER A:

(Nombre del centro/persona y dirección) _____

5. EL (LOS) PROPÓSITO(S) O NECESIDAD (ES) PARA ESTA DIVULGACIÓN ES/SON:

- Cuidados médicos Efectos de seguro A solicitud del paciente
 Otro: _____

6. FORMATO: Por favor marque únicamente un cuadro. Si no se selecciona un formato, los registros se darán en formato papel

- Papel
 Acceso electrónico seguro (se necesita acceso a Internet y una dirección electrónica válida)
Dirección de correo electrónico: _____
Seleccione un número de identificación personal (PIN): _____
(Hasta 10 dígitos – si no se escoge, se utilizará la fecha de nacimiento)

7. EXPIRACIÓN: Esta autorización expirará un año después de la fecha de autorización, a no ser que sea revocada por el paciente.

Patient Name

DOB:

MR #

**SwedishAmerican – A Division of UW Health
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
 AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE
 INFORMACIÓN DE SALUD**

Index to Auth - PHI

8. SÓLO PARA USO DE LA CLÍNICA:

Si la transferencia se debe a que el paciente está suspendiendo los servicios del médico/clínica:

- Requisito de seguro Disponibilidad del médico
 Insatisfacción Reubicación Otro _____

9. POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE:

Entiendo que puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya divulgado la información o sea haya tomado otra acción al respecto. Cualquier revocación por escrito debe ser firmada por el paciente o un representante legal, tener un testigo y ser entregada al Director de Privacidad, SwedishAmerican Health System, 1401 E. State St., Rockford, IL 61104.

Entiendo el potencial de una divulgación futura por parte de los receptores de la información a personas que pueden no estar sujetas a protecciones de privacidad o confidencialidad.

Entiendo que la información de salud identificada anteriormente puede contener resultados y/o información de salud mental, discapacidades en el desarrollo, abuso de drogas y alcohol y/o pruebas del VIH del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se solicita divulgar en conformidad con esta Autorización.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta Autorización, y que mis tratamientos, pagos o beneficios no están condicionados al suministro de esta Autorización. Entiendo que si me rehúso a firmar esta Autorización, la divulgación descrita anteriormente no se puede hacer a no ser que se autorice o se exija por ley.

Firma del Paciente o su Representante Legal <i>(Podríamos pedirles a los pacientes en edades entre los 12 y 17 que firmen y coloquen la fecha al igual que la firma conjunta del padre/madre/tutor legal)</i>	Relación con el Paciente	Fecha
--	--------------------------	-------

Firma Conjunta	Relación con el Paciente	Fecha
----------------	--------------------------	-------

Firma del Testigo	Fecha
-------------------	-------