

- Columbia St. Mary's Hospital Milwaukee** Telephone: 414-291-1773
2323 N. Lake Dr., P.O. Box 503, Milwaukee, WI 53201-0503 Fax: 414-291-1113
- Columbia St. Mary's Hospital Ozaukee** Telephone: 262-243-7368
13111 N. Port Washington Rd., Mequon, WI 53097 Fax: 262-243-7329
- Columbia St. Mary's Sacred Heart Rehabilitation Institute** Telephone: 414-298-6718
2323 N. Lake Dr., Milwaukee, WI 53211 Fax: 414-298-6712
- Other**

**AUTORIZACION PARA
USO Y REVELACION DE
INFORMACION DE LA
SALUD DEL PACIENTE**

MR #: _____

ID Verified: _____

_____/_____/_____ / _____ / _____ / _____
 (Nombre del Paciente / Patient Name) (Nombre Anterior / Previous Name) (Fecha de Nacimiento / DOB)
 Dirección, Ciudad, Estado, Código _____

- Yo autorizo al centro médico anotado arriba para que divulgue información de mi expediente médico a la persona/institución nombrada debajo:
- Yo autorizo a las siguientes personas/instituciones a divulgar información de mi expediente médico al centro anotado arriba:

Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____
 Dirección, Ciudad, Estado, Código _____

Correo Fecha / Hora para Recoger _____ / _____ No. de Teléfono del paciente _____

INFORMACIÓN QUE SERA DIVULGADA: (marque todo lo que corresponda) Fechas de los Servicios: _____

- Resumen para dar de alta
- Informes de Laboratorios
- Informes de Rayos X
- Historial y Físico
- EKG
- Rayos X – no. de imágenes enviadas _____
- Informes de Consultas
- Pruebas y/o Tratamiento de SIDA/VIH
- Radiografías originales deben ser regresadas dentro de 30 días**
- Informes Operatorios
- Informes de Conferencias del Equipo
- Informes de la Sala de Emergencia
- Evaluación de Terapia
- Otro (especifique) _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- Fomentar Cuidado Médico
- Investigación Legal
- Pago de Reclamos / Beneficios
- Solicitud para Seguro Médico
- Evaluación para Rehabilitación Vocacional
- Personal
- Determinación por Incapacidad
- Otro _____

Yo autorizo a la divulgación de mis informes de mi historial médico/placas de acuerdo con las especificaciones enumeradas arriba. Yo entiendo que el centro anotado arriba no condicionará el tratamiento o pago al yo firmar esta autorización excepto donde la provisión del cuidado de la salud sea únicamente con el propósito de crear información del cuidado de la salud para la divulgación a terceras personas. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización (por notificación escrita solamente al Gerente de Operaciones en el departamento de Registros Médicos) excepto al punto que la información autorizada fue divulgada, antes de que yo le avisara de tal revocación. Yo entiendo que no tengo derecho de revocar esta autorización si fue obtenida con la condición de obtener cubrimiento de seguro médico y el asegurado tiene el derecho de disputar un reclamo bajo y de acuerdo con la póliza. Este consentimiento se mantendrá vigente hasta la siguiente fecha o evento _____ y en cualquiera de los casos se vencerá en un (1) año.

La información divulgada como resultado de esta autorización pueda ser que sea revelada nuevamente por la persona que la reciba y pueda ser que ya no esté protegida bajo la Ley Federal de protección privada.

MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES:

- Yo soy el paciente.
- Yo soy el padre / la madre del menor mencionado anteriormente y yo represento que no me han negado el acceso a mi niño(a) por un tribunal de justicia y/o no me han negado períodos de custodia física con mi niño(a).
- Yo soy el padre tutor / la madre tutor o guardián legal de la persona nombrada anteriormente (se requiere un comprobante de la tutela).
- Yo soy el pariente más cercano al paciente difunto de los nombres mencionados anteriormente (se requiere un comprobante de la carta de defunción).
- Yo soy el ejecutor testamentario / representante personal del patrimonio del difunto paciente de los nombres mencionado anteriormente (se requiere un comprobante).
- Yo soy el agente nombrado del poder notarial para el cuidado de salud del difunto paciente de los nombres mencionados anteriormente (se requiere un comprobante).

Fecha (Date): _____ Hora (Time) _____ Firma (Signature): _____

Fecha (Date): _____ Hora (Time) _____ Testigo (Witness): _____

EL HOSPITAL RESERVA EL DERECHO DE COBRAR POR COPIAS DE EXPEDIENTES MEDICAS

IF THIS IS A 2-PLY FORM: BOTH SUFFICE AS ORIGINAL FAX IS AS GOOD AS ORIGINAL

Copia será proporcionada al paciente cuando autorización sea solicitada por CSM o por solicitud del paciente.

01-6630-1S Rev. 2/07 (Spanish translation 10/12/06)

Authorization for Use / Disclosure of Patient Health Care Information (Spanish version)

