



SSM Health Dean Medical Group
 SSM Health Surgery Center
 SSM Health Digestive Health Center
 SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
 SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
 SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo

SCAN ONLY-No additional information needed

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

(Complétela en su totalidad. Vea el dorso para leer información importante)

1.

Nombre del paciente _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Fecha de nacimiento _____ N° de teléfono _____

Autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica protegida, tal y como se describe a continuación. Comprendo que es posible que la información que se utilice o divulgue como resultado de esta autorización ya no esté protegida bajo las leyes federales de privacidad, y que esta podría ser utilizada o divulgada de forma adicional sin mi autorización por las personas o las organizaciones que la reciban. Puedo negarme a firmar esta autorización, lo cual no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o el pago de los reclamos. Tengo el derecho de revocar esta autorización proporcionando un aviso por escrito a SSM Health. La revocación de esta autorización no afectará ninguna medida tomada antes de recibir la revocación por escrito.

2. AUTORIZO A:

SSM Health

(Nombre del doctor/Institución médica/Otro) _____

PO Box 259840

(Dirección) _____

Madison, WI 53725-9840

(Ciudad, estado, código postal) _____

SSM Health Dean Medical Group SSM Health Hospitals
 608-294-6294 608-270-6815

(Fax) _____

3. A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A:

(Si la divulgación es para sí mismo, anote "mi persona")

(Nombre del doctor/Institución médica/Otro) _____

(Dirección) _____

(Ciudad, estado, código postal) _____

(Fax) _____

4. PROPÓSITO O NECESIDAD PARA DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN: (Marque las categorías pertinentes)

- Continuar la atención médica Uso personal Elegibilidad/Beneficios del seguro médico Determinación de discapacidad
- Transferir la atención médica (Es costumbre divulgar los 2 últimos años de información. La divulgación puede ocurrir electrónicamente.)
- Investigación legal Entregar antes de/Fecha de la cita ____/____/____ Investigación de compensación laboral
- Otro: _____

5. INFORMACIÓN MÉDICA A SER DIVULGADA:

- Visitas al consultorio Procedimientos Informe de la sala de emergencias Resumen del alta Historial médico y examen físico
- Informes quirúrgicos Registro de vacunación Informes de laboratorio Informes de imágenes médicas
- Imágenes médicas (especifique) _____ Registros de facturación (especifique) _____
- Información específica relacionada con: _____

PARA LAS SIGUIENTES FECHAS O PERÍODO DE TIEMPO: De: ____/____/____ A: ____/____/____
MM DD AAAA MM DD AAAA

5a. Esta autorización incluye la divulgación de información sobre la salud mental, el abuso del alcohol y/o las drogas, el SIDA o enfermedades relacionadas al SIDA, los resultados de las pruebas del VIH/SIDA, las discapacidades del desarrollo y/o las infecciones de transmisión sexual, a menos que yo limite esta divulgación para excluir lo siguiente: _____

6. FORMATO PARA LA DOCUMENTACIÓN:

- MyChart DVD/CD Papel Divulgación verbal Fax
- Enviar a este correo electrónico: _____

7. VENCIMIENTO

Esta autorización vencerá el ____/____/____. Si no indico una fecha, esta autorización vencerá en un (1) año a partir de la fecha de mi firma. Una copia de esta autorización es igual de válida que el original.

8. FIRMA

Comprendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que puede haber un costo por las copias. Confirmando mi autorización para que el proveedor de atención médica utilice y/o divulgue a las personas y/o las organizaciones mencionadas en este formulario la información médica protegida que se describe en el mismo.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por un representante en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante: _____ El paciente: Es menor de edad Es incompetente/discapacitado Falleció

Autoridad legal: Tutor legal Padre/madre de un menor Cónyuge del fallecido Representante para asuntos médicos _____
 Representante personal/Pareja conviviente del fallecido Otro _____

INFORMACIÓN ADICIONAL REFERENTE A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

SSM Health reconoce el derecho del paciente a la confidencialidad de su información médica según las regulaciones federales sobre la privacidad y la ley de Wisconsin. El paciente debe conocer la siguiente información cuando solicite o divulgue información médica.

- **Definición de registro:** Los registros determinados para la divulgación incluyen los registros generados en cualquier instalación de SSM Health.
- **Derecho a negarse a firmar esta autorización:** El paciente puede negarse a firmar esta autorización y el hacerlo no afectará a su capacidad para obtener tratamiento o el pago de los reclamos.
- **Derecho a inspeccionar o copiar la información médica que va a ser utilizada o divulgada:** El paciente tiene derecho a inspeccionar o copiar la información que él haya autorizado para que se utilice o divulgue al firmar este formulario de autorización. El paciente puede hacer una cita para inspeccionar su información médica poniéndose en contacto con la oficina que se indica más adelante.
- **Derecho a recibir una copia de esta autorización:** El paciente tiene derecho a recibir una copia de este formulario de autorización firmado.
- **Derecho a revocar esta autorización:** El paciente tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito de la revocación al Oficial de Privacidad indicado más adelante. La revocación de esta autorización **no afectará** ninguna medida tomada amparada en esta autorización antes de recibir el aviso por escrito de la revocación.
- **Divulgaciones de información múltiples:** El paciente puede solicitar múltiples divulgaciones de la información indicada en el formulario de autorización, siempre y cuando la autorización no haya vencido.
- **Quién puede firmar esta autorización:**
 1. Generalmente, todos los pacientes mayores de 18 años deben firmar para autorizar la divulgación de su propia información médica, a menos de que se presente alguna de las siguientes situaciones.
 - a. El paciente es incompetente
 - b. El paciente está discapacitado y no puede firmar el formulario
 - c. El paciente ha fallecido. (Podrá firmar el cónyuge sobreviviente o un representante personal del patrimonio. Si no existe un cónyuge sobreviviente ni un representante personal, entonces podrá firmar un adulto que sea familiar directo.)
 2. Todas las personas que firmen para autorizar la divulgación de información médica en nombre del paciente deben indicar la relación que les une al paciente y presentar una prueba de la autoridad legal que les permite a actuar en nombre del paciente.
 3. Menores de edad: Los pacientes menores de 18 años deberán firmar para autorizar la divulgación de su información médica en los siguientes casos:
 - a. Tratamiento para el abuso del alcohol u otra droga: mayores de 12 años
 - b. Tratamiento de salud mental: Las personas mayores de 14 años pueden autorizar la divulgación de su documentación sin el consentimiento de los padres. (Los padres también tienen derecho de acceder a esta información.)
 - c. Resultados de la prueba del VIH: mayores de 14 años
 - d. Menores de edad emancipados que estén casados o en el ejército
- **Tarifas para obtener la documentación:** Es posible que SSM Health cobre una tarifa razonable por revisar, copiar, poner estampillas y preparar la documentación para satisfacer esta solicitud. Todas estas tarifas se basan en las leyes pertinentes que regulan la divulgación de información médica.
- **Oficina de contacto:**
 1. Las solicitudes para la **divulgación de información médica** pueden ser enviadas al Departamento de Información Médica (*Health Information*). Usted también puede llamar a nuestra oficina principal al:

608-294-6244	OR	608-270-6806
SSM Health Dean Medical Group		
ATTN: Release		
PO Box 259840		
Madison, WI 53725-9840		
 2. Todas las **preguntas relacionadas con las regulaciones federales sobre la privacidad** pueden ser dirigidas al: **Oficial de Privacidad de SSM Health**
1808 W. Beltline Highway
Madison, WI 53713
Teléfono: 608-250-1075
Correo electrónico: PrivacyOfficer@ssmhealth.com