



AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE INFORMACION DE LA SALUD

POR FAVOR, PRESTE ATENCIÓN:

El nombre de la persona que está recogiendo los documentos médicos necesita estar en la lista de autorización. No hay nadie que puede tener acceso sin estar en la lista, incluyendo los esposos.

Beloit Memorial Hospital
1969 W Hart Rd
Beloit, WI 53511-2230
(608) 364-5011

Beloit Clinic
1905 E. Huebbe Pkwy
Beloit, WI 53511-1842
(608) 364-2200

Clinton Clinic
307 Ogden Ave
Clinton, WI 53525-9007
(608) 676-2206

Darien Clinic
300 N. Walworth
Darien, WI 53114-1534
(262) 882-1151

Janesville Clinic
1321 Creston Park
Janesville, WI 53545-1126
(608) 757-1217

NorthPointe Campus
5605 E. Rockton Road
Roscoe, IL 61073-7601
(815) 525-4500

Occupational Health, Sports and Family Medicine Center
1650 Lee Lane
Beloit, WI 53511-3935
(608) 364-4666

West Side Clinic
1735 Madison Road
Beloit, WI 53511-3216
(608) 363-7510

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Dirección: Teléfono #:

Form with two columns: 'Por el presente les doy autorización y les pido:' and 'revelar a:' with multiple lines for text entry.

(Nombre y dirección de persona, agencia o organización)

Fecha en que se revelaron los servicios: de a

Información específica pedida:

- Checkboxes for: resumen de dar de alta, Informes de La radiología, Informes del patólogo, Informes del laboratorio, notas clínicas, Otra (escriba); Historia y Fisico, Radiografía de radiología, Informes de cirugía, Diagnosticode estudios, el documento de la sala de emergencia; Consultas, Resultados de VIH, Salud Mental, Drogas/alcohol, abuso y tratamiento.

La petición registra en medios electrónicos

La intención de esta revelación:

- Checkboxes for: Continuacion de cuidado medical, Legal, Personal, Aseguranza, Otra (escriba):

Entiendo que tengo el derecho de copiar y revisar los documentos que me seran entregados con información a revelar También entiendo que estos documentos contienen información médica y de tratamiento del (de la) paciente, con la posibilidad que contenga información de drogas/alcohol y/o salud mental y/o de SIDA.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, deberé hacerlo por escrito y somet la al manejo de records/información de salud del Hospital Beloit Memorial. Entiendo que la revocación no se aplicara a información que ya ha sido revelada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley provea a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización expirará en la fecha o evento: Si yo fallo a especificar la fecha de expiración, esta autorización expirará en seis meses. Entiendo que cualquier revelación de información tiene el potencial para ser desautorizada y puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Entiendo que no estoy bajo ninguna obligación para firmar esta forma y que los Sistemas de Salud de Beloit no me han condicionado para el tratamiento o pago en mi decisión de firmar para autorizar esta forma con excepción del sistema del cuidado de la salud con el único propósito de proteger la información revelada a una tercera parte.

(Firma de paciente o persona que autoriza permiso)

(Fecha)

(Relación, si no es paciente)



Información adicional relacionada con la revelación de la información del paciente

El Sistema de Salud de Beloit reconoce que el paciente tiene el derecho a la confidencialidad médica y de sus documentos según los estatutos de los estados de Illinois y Wisconsin. Por tanto usted debe de conocer las siguientes pautas cuando requiera documentos médicos.

Ambos estatutos en Illinois y Wisconsin reconocen la necesidad de un consentimiento informado. El paciente puede pedir múltiples de formas de autorización. Sin embargo, todas las revelaciones basadas en esta forma son limitadas a la información a la fecha e incluyendo la fecha en que el paciente la firmo (autorizo). Una nueva autorización es necesaria para revelar información del cuidado proveído después de la fecha de su firma.

Un paciente de 18 años o más debe de firmar su forma de revelación de sus propios documentos médicos a menos que:

- * El paciente sea incompetente.
- * El paciente sea discapacitado y no pueda firmar la forma.
- * El paciente este muerto. (La esposa/o del difunto o el representante legal firmará la autorización para revelar los documentos de la persona fallecida.)

Pacientes menores de 18 años de edad deberán de firmar la forma de revelar información cuando:

- * El paciente tenga 14 años de edad o más y sus documentos envuelvan el tratamiento de alguna enfermedad mental, alcoholismo, o dependencia a drogas;
- * Los documentos revelados del paciente incluyen aborto.

Todas las personas que firmaran los documentos de revelado, en lugar del paciente mismo, deberán de esclarecer su relación con el paciente y deberán tener una prueba legal autorizada para el revelado de los documentos.

Para continuación del cuidado, porciones pertinentes de su información médica serán enviadas a su médico o clínica libre de cargos. Otras peticiones están sujetas a cargos. Algunos documentos pudieran requerir un pre pago. Si sus peticiones requieren pre pago una factura será enviada a usted con instrucciones en como someter pagos si se requiere un pago, los archivos seran madados depues de recibir el pago.

Si tiene usted alguna duda acerca de esta información, por favor no dude en preguntarnos.

