



1707 Main Street La Crosse, WI 54601 (Sucursal Principal de la Agencia) | (608) 785-0001

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA**

**Sección 1: PERSONA QUE ES OBJETO DE REGISTRO:**

Nombre-Apellido, Nombre, M.I.	Fecha de nacimiento	Teléfono #	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

**Sección 2: AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA ENTRE:**

Centro para familias y niños	Nombre y dirección de la agencia
<input type="checkbox"/> Todos los programas y lugares según sea necesario, O	<input type="checkbox"/> Todos los programas y ubicaciones de FCC según sea necesario, O
<input type="checkbox"/> Sólo los programas/lugares designados a continuación	<input type="checkbox"/> _____

**Sección 3: INFORMACIÓN A OBTENER, INTERCAMBIAR Y/O DIVULGAR:**

En cumplimiento de las leyes estatales y federales que exigen un permiso especial para divulgar información que de otro modo sería privilegiada, le rogamos que divulgue los registros relativos a:

Salud mental     Abuso de alcohol y/o drogas     La discapacidad del desarrollo     VIH  
 Otros (especifique) \_\_\_\_\_

**Sección 4: REGISTROS ESPECÍFICOS AUTORIZADOS A OBTENER, INTERCAMBIAR Y/O LIBERAR:**

Control de salud     Resumen del alta     Registros del condado     Medicamentos     Boletines de notas  
 Diagnóstico/Historia del cliente     Notas de progreso     Plan de tratamiento     Registros de facturación     Académico/IEP  
 Historiales médicos/dentales     Plan de postratamiento     Consultas     Apreciaciones/Evaluaciones  
 Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Para la(s) siguiente(s) fecha(s): DESDE: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

**Sección 5: PROPÓSITO DE LA NECESIDAD DE DIVULGACIÓN**

Coordinación atención     Planificación tratamiento     Evaluación diagnóstica     Gestión de seguros     Legal  
 Otros (especifique) \_\_\_\_\_

**Sección 6: FECHA DE CADUCIDAD: (Una fotocopia o versión por fax de esta autorización es tan válida como el original)**

Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se haya divulgado información como resultado de esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación en virtud de mi póliza. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Entiendo que esta autorización permite la divulgación de registros posteriores a la fecha de la firma, hasta la fecha de vencimiento de esta divulgación indicada a continuación (máximo 1 año) inclusive. Se **DEBE** marcar uno de los siguientes:

90 días a partir de la fecha de firma     La autorización caduca (especifique la fecha o el evento): \_\_\_\_\_  
 Comunicación continua por escrito, verbal y electrónica durante el tratamiento; caduca a los 12 meses de la fecha de la firma.

**Sección 7: FIRMAS**

Al firmar esta autorización, entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización. La información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida. Tengo derecho a inspeccionar y recibir una copia de esta autorización y del material que se divulgará. Se pueden obtener copias de los registros con un preaviso razonable y el pago de los costes de copia.

Firma del cliente/autoridad legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Cliente/Autoridad legal Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Si lo firma una persona distinta del cliente identificado, indique a continuación la relación y la autoridad para hacerlo. Es posible que le pidan documentación que demuestre que usted es el representante legal del cliente.

El cliente es:     Menor     Incompetente     Incapacitados     Fallecido  
 Autoridad legal:  Padre biológico     Padre adoptivo     Guardián legal     Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Firma del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE  
LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

**Explicación adicional de los derechos con respecto a esta autorización:**

- Usted tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de esta Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud y el material que se divulgará según lo requerido por los Estatutos de Wisconsin ss. DHS 92.05 y 92.06, y la Sección 144.292 (4) de los Estatutos de Minnesota. A excepción de los registros de medicamentos y tratamiento somático, el director del centro de tratamiento, o su designado, puede negar este derecho durante el tratamiento del cliente bajo ciertas circunstancias.
- Se puede cobrar una tarifa uniforme y razonable por una copia de los registros, que puede reducirse o eximirse de acuerdo con la política de la agencia para aquellos clientes que demuestren incapacidad para pagar. Sección 51.30 (4)(d), Estatutos de Wisconsin y Sección DHS 92.03 (3)(d), 92.05 y 92.06, Código Administrativo de Wisconsin y Sección 144.293 (3) y Sección 144.292 (5) de los Estatutos de Minnesota.
- Los Estatutos de Wisconsin y Minnesota reconocen la necesidad del consentimiento informado. La divulgación de información se limita a los registros fechados hasta la fecha especificada en este formulario inclusive. Esta divulgación de información permite la divulgación de registros posteriores a la fecha de la firma de autorización hasta la fecha de vencimiento de la autorización inclusive. Será necesaria una nueva autorización para la divulgación de información sobre la atención prestada después de la fecha especificada.

Por lo general, **todos los clientes mayores de 18 años** deben firmar para la divulgación de información, a menos que se dé una de las siguientes condiciones:

- El cliente es incompetente.
- El cliente está incapacitado y no puede firmar el formulario.
- El cliente ha fallecido (el cónyuge superviviente o el representante legal debe firmar la autorización para divulgar los registros del cliente fallecido).

**Registros de salud mental**

1. **Ley de Wisconsin:** Todos los clientes mayores de 14 años pueden firmar para que se divulgue la información del cliente relacionada con el tratamiento de enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo. Por lo general, los padres también pueden dar su consentimiento, a menos que se deniegue la acogida física del cliente. Cuando un padre da su consentimiento para un cliente de 14 años o más, se recomienda que el cliente firme también.
2. **Ley de Minnesota:** Todos los clientes mayores de 16 años pueden firmar para que se divulgue la información del cliente relacionada con el tratamiento de enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo. Por lo general, los padres también pueden dar su consentimiento, a menos que se deniegue la colocación física del cliente. Cuando un padre da su consentimiento para un cliente de 16 años o más, se recomienda que el cliente firme también.

**Registros de tratamientos contra el alcoholismo y la drogadicción**

1. **Ley de Wisconsin:** Los clientes de 12 años de edad o más deben firmar para la divulgación de los registros de abuso de alcohol y drogas a menos que el médico tratante determine y documente que el menor no es capaz.
2. **Ley de Minnesota:** Los padres o tutores legales tienen derecho a acceder a los expedientes de tratamiento por abuso de alcohol o drogas con el consentimiento del cliente menor de edad, a menos que el médico tratante determine que su omisión de informar a los padres o tutores pondría en grave peligro la salud del cliente menor de edad.

Todas las personas que firmen la divulgación de expedientes, en lugar del cliente, deben declarar su relación con el cliente y disponer de una prueba de autoridad legal para autorizar la divulgación.

**AVISO AL DESTINATARIO DE INFORMACIÓN:** Esta información le ha sido revelada de registros confidenciales, los cuales están protegidos por el Registro Federal "42 CFR Parte II" y "45 CFR 164," WI DHS 92, WI Ch. 51.30, WI Ch. 146.81-146.84, y MN Statute 144.291- 144.334. Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte II. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o perseguir penalmente cualquier abuso de alcohol o drogas por parte del paciente.

**Sólo para uso interno**

Documente la información revelada, a quién, por quién, fecha y hora de la revelación, y breve propósito de la revelación: