

1. Identificación del paciente/sujeto.

Apellido(s), primer nombre, segundo nombre		
Calle y dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Número de teléfono:	

2. Información que se divulgará. (Por favor, marque todas las categorías que correspondan).

- Fotografías de la cara completa
- Diagnóstico o información del tratamiento que pueda ser identificable (describa): _____
- Otras (describa): _____

3. Usado/Compartido por:

4. Compartido con:

Nombre (p.ej. centro médico, doctor, investigador)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre (p. ej. centro médico, doctor/médico, abogado, paciente)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

5. Motivo o necesidad de divulgación. (Por favor, marque todas las categorías que correspondan).

- Atención médica adicional
- Pago de reclamación de seguro
- Investigación legal
- Solicitud de seguro
- Rehabilitación vocacional
- Uso del paciente
- Determinación de discapacidad
- Otros (describa): _____

6. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se haya(n) completado la(s) divulgación(es) arriba mencionada(s), a menos que usted especifique que este permiso de autorización permanecerá vigente durante un periodo de tiempo adicional. (Para especificar un periodo de tiempo adicional, por favor marque una de las casillas que aparecen a continuación. Tenga en cuenta que, si especifica un periodo de tiempo adicional, esta autorización se aplicará a su información médica generada durante el periodo de tiempo adicional).

- Otra fecha de vencimiento específica: _____ (dd/mm/aaaa)
- Otro evento por expirar/vencer (especificar): _____

*** VER AL DORSO PARA MÁS INFORMACIÓN***

De acuerdo con las condiciones indicadas arriba y al dorso de este formulario, autorizo el uso y/o divulgación de mi información médica. Este permiso de autorización incluye la divulgación de información referente a consultas psiquiátricas y enfermedades mentales, discapacidades de desarrollo, tratamientos por uso de alcohol o drogas, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, y/o los resultados de pruebas de VIH, a menos que yo limite la divulgación para excluir lo siguiente: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, especifique la relación y autoridad para hacerlo. (Refiérase a la cara posterior del formulario para leer la información sobre las firmas).

Nombre y Relación: _____

- El paciente es:
- Menor de edad
 - Impedido/Incapacitado
 - Fallecido
- Autoridad Legal:
- Tutor
 - Padre del menor
 - Cónyuge del fallecido
 - Agente de atención médica
 - Representante personal del fallecido
 - Otro: _____

Información adicional sobre divulgación de información médica del paciente

UW-Madison respeta/honra el derecho de confidencialidad de la información médica según lo dispuesto en las leyes federales y estatales. Por favor, lea las siguientes pautas o criterios antes de firmar esta autorización.

Reglas federales de privacidad HIPAA: Estas reglas federales indican cuándo se puede utilizar o divulgar su información médica protegida sin su autorización. Por favor, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad (*Notice of Privacy Practices*) para obtener información adicional.

Derecho a la privacidad de Wisconsin: Bajo la ley de Wisconsin, tiene derecho a estar libre de invasiones no razonables de su privacidad. El estatuto de "Derecho a la privacidad" (*Right of Privacy*) de Wisconsin impide que las personas utilicen su nombre, retrato o fotografía para fines publicitarios o comerciales sin primero conseguir su consentimiento por escrito.

No está obligado a firmar. No tiene obligación de firmar este formulario, y puede negarse a hacerlo. Excepto según lo permitido por la ley aplicable, los proveedores de atención médica de UW-Madison no pueden negarse a proporcionarle tratamiento u otros servicios de atención médica si usted se niega a firmar este formulario.

Revocación. Tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que expire o termine. Sin embargo, su revocación por escrito no tendrá efecto sobre cualquier otra divulgación de su información médica que ya haya sido realizada por la persona(s) y/o organización(es) indicadas al reverso (el otro lado) de este formulario, en función de esta autorización, antes del momento de su anulación. Debe hacer la revocación por escrito y dirigida al Oficial de Privacidad HIPAA de UW-Madison (la información de contacto se encuentra abajo en la sección "Firmas").

Volver a divulgar. Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizada(s) por este formulario para recibir su información médica no son proveedores de atención médica u otras personas que estén sujetas a las leyes federales de privacidad de la salud, la información médica que ellos reciban pudiera perder su protección conforme a las leyes federales de privacidad de la salud, y a esas personas se les podría permitir volver a divulgar su información médica sin su permiso previo.

Derecho de inspección. Usted tiene derecho a inspeccionar/revisar o copiar la información médica, cuya divulgación está autorizando, con ciertas excepciones establecidas en las leyes estatales y federales. Si quisiera examinar su información médica, contacte al Oficial de Privacidad HIPAA de UW-Madison para obtener más información (la información de contacto se encuentra abajo en la sección "Firmas").

Firmas. Generalmente, si tiene 18 años o es más mayor, usted es la única persona a quien se le permite firmar el formulario para autorizar la divulgación de su información médica. Si es menor de 18 años, su padre, madre o tutor deberá firmar este formulario en su nombre. Sin embargo, hay situaciones en las que no se aplica esta regla general. Para obtener más información respecto a quién está autorizado a firmar este formulario, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad HIPAA de UW-Madison:

*UW-Madison HIPAA Privacy Officer
361 Bascom Hall, 500 Lincoln Drive
Madison, WI 53706*

hipaa@wisc.edu

www.compliance.wisc.edu/hipaa

(Actualizado: Febrero de 2022)