

Staff Instructions for Completing Authorization for Disclosure of Medical Information

UW-Madison staff obtaining or receiving authorization need to review these instructions in full before using or accepting the attached authorization form.

Patients/participants should not be provided with these instructions.

1. The authorization form needs to be filled out completely and accurately to be valid
 - a. Fields 1-6 on the UW-Madison Authorization for Disclosure form(s) need to be completed by staff before being given to the patient/participant for signature
 - b. In cases where the authorization is requested and filled out by the patient/participant, staff should review to ensure all fields are filled out completely and accurately
2. The authorization form should be written broadly enough to enable all anticipated use cases of the information to be released
 - a. If the patient/participant wishes to modify any fields, staff should discuss and ensure modifications still facilitate anticipated use cases
 - b. In cases where the authorization is requested by and filled out by the patient/participant, staff should review to ensure the form accurately reflects the individual's stated intent
3. If the authorization will be signed by someone other than the patient (for an adult) or a parent (for a minor), please contact your [Privacy Coordinator](#) before disclosing information under this authorization to confirm that it is appropriate for this individual. This includes situations in which a minor is attempting to sign authorization on their own behalf
4. Staff must give the patient/participant a copy of the signed authorization
5. Staff should also save a copy of the signed Authorization and store it securely in accordance with departmental policy
 - a. Contact your [Privacy Coordinator](#) with any questions about departmental policy

Instrucciones para el personal para completar la autorización para la divulgación de información médica

El personal de la UW-Madison que obtenga o reciba una autorización debe revisar estas instrucciones en su totalidad antes de utilizar o aceptar el formulario de autorización adjunto.

No deben proporcionarse estas instrucciones a los pacientes/participantes.

1. El formulario de autorización debe completarse en su totalidad y con precisión para que sea válido.
 - a. Los campos 1-6 del formulario de autorización para la divulgación de la UW-Madison deben ser completados por el personal antes de entregarse al paciente/participante para su firma.
 - b. En los casos donde la autorización sea solicitada y completada por el paciente/participante, el personal deberá revisarla para garantizar que todos los campos se completaron en su totalidad y con precisión.
2. El formulario de autorización deberá redactarse de manera suficientemente amplia para permitir todos los casos de uso previstos de la información que se divulgará.
 - a. Si el paciente/participante desea modificar cualquier campo, el personal deberá conversar con el individuo y asegurarse de que las modificaciones sigan permitiendo los casos de uso previstos.
 - b. En los casos donde la autorización sea solicitada y completada por el paciente/participante, el personal deberá revisarla para garantizar que el formulario refleje con precisión la intención expresada por el individuo.
3. Si la autorización será firmada por alguien distinto al paciente (en el caso de un adulto) o por uno de los padres (en el caso de un menor de edad), por favor, comuníquese con su [coordinador de privacidad](#) antes de divulgar la información bajo esta autorización para confirmar que es apropiado para este individuo. Esto incluye situaciones en las que un menor intenta firmar la autorización en su propio nombre.
4. El personal debe proporcionar una copia firmada de la autorización al paciente/participante.
5. El personal también debe guardar una copia de la autorización firmada y almacenarla de forma segura de acuerdo con la política departamental.
 - a. Comuníquese con su [coordinador de privacidad](#) si tiene cualquier pregunta sobre la política departamental.

1. Identificación del individuo/paciente/participante:

Nombre – Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Teléfono	

2. Información a divulgar (por favor, marque todas las categorías aplicables):

- ☐ Las siguientes fotografías o videos identificativos: _____
- ☐ El siguiente diagnóstico, condición o tratamiento único o poco común: _____
- ☐ Otra información identificativa (describir): _____

3. Utilizado/divulgado por:

Nombre (p. ej., institución médica, médico, investigador...)		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal

4. Divulgado a:

Consulte los detalles en el número 5 a continuación.

5. Propósito o necesidad de la divulgación (por favor, marque todas las categorías aplicables):

- ☐ Información de la presentación, como se indica a continuación:
Título de la presentación: _____
Nombre del evento, fecha y lugar: _____
- ☐ Publicación, como se indica a continuación:
Título del artículo: _____
Título de la publicación: _____
- ☐ Otro (describa dónde se compartirá la información): _____

6. Fecha de vencimiento y extensión opcional:

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se hayan completado las divulgaciones de la información indicada en la sección 2, a menos que usted especifique un periodo de tiempo extendido seleccionando UNA de las siguientes casillas. Si decide extender el periodo de tiempo, esta autorización cubrirá la nueva información generada durante dicho periodo extendido, siempre y cuando la información sea la misma que la descrita en la sección 2.

- ☐ Otra fecha específica de vencimiento (mm/dd/aaaa): _____
- ☐ Otro evento de vencimiento (especifique): _____

*****ANTES DE FIRMAR, CONSULTE LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SUS DERECHOS AL REVERSO*****

De acuerdo con las condiciones indicadas anteriormente y al reverso de este formulario, autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica según lo establecido anteriormente. **Entiendo que las imágenes y/o la información pueden ser vistas o leídas por miembros del público en general, además de médicos, investigadores médicos y científicos que usualmente asisten a dichas presentaciones o leen dichas publicaciones.**

Firma del individuo/paciente/sujeto: _____ **Fecha:** _____

Si es firmada por una persona distinta al paciente o sujeto, indique la relación y autoridad para hacerlo. (Consulte el reverso para obtener más información sobre las firmas.)

Nombre y relación: _____

- El individuo es:
- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| ☐ Menor de edad | ☐ Incompetente/Incapacitado | ☐ Fallecido |
|--|--|------------------------------------|
- Autoridad legal:
- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Tutor legal | ☐ Padre/madre de menor | ☐ Cónyuge del fallecido |
| ☐ Poder notarial vigente para atención médica | ☐ Representante personal del fallecido | |
| ☐ Otra: _____ | | |

Información adicional sobre sus derechos

Existen leyes federales y estatales que protegen su información médica. Antes de firmar, por favor lea lo siguiente para garantizar que usted entiende cómo estas leyes y regulaciones aplican en el caso de esta autorización y su información médica.

No hay obligación para firmar. Usted no está obligado a firmar este formulario y puede negarse a hacerlo. Salvo lo permitido por la ley aplicable, los proveedores de atención médica de la UW-Madison no pueden rehusarse a brindarle tratamiento u otros servicios de salud si usted se niega a firmar este formulario.

Revocación. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento antes de su vencimiento. Sin embargo, si usted revoca esta autorización, no cambiará ni deshará ninguna divulgación de su información médica que haya sido realizada antes de su revocación. Cualquier persona u organización indicada en este formulario podrá seguir utilizando la información que ya hayan recibido. Su revocación deberá hacerse por escrito y enviarse utilizando la información de contacto que aparece al final de este formulario.

Redivulgación. La ley HIPAA solo aplica a ciertos tipos de entidades. Si las personas u organizaciones autorizadas por este formulario para recibir su información médica no están sujetas a HIPAA, entonces dicha información podría no estar protegida por HIPAA. Una vez compartida, su información médica podría ser divulgada de nuevo sin su permiso por estas personas u organizaciones.

Firmas. Generalmente, si usted tiene 18 años o más, usted es la única persona autorizada para firmar este formulario. Si usted es menor de 18 años, en la mayoría de los casos sus padres o tutores deberán firmar este formulario en su nombre. Sin embargo, existen situaciones en las cuales estas reglas generales no aplican. Para más información sobre estas situaciones excepcionales, comuníquese con el delegado de privacidad HIPAA de la UW-Madison (la información de contacto aparece a continuación).

Derechos adicionales bajo HIPAA. La ley HIPAA también otorga derechos adicionales que no solo aplican a esta autorización. Si desea más información sobre estos derechos, puede consultar el aviso de prácticas de privacidad que le proporcionó su clínica o comunicarse con el delegado de privacidad con la información de contacto que aparece a continuación.

UW-Madison Privacy Officer
361 Bascom Hall, 500 Lincoln Drive
Madison, WI 53706
hipaa@wisc.edu
www.compliance.wisc.edu/hipaa