1. **La información del cliente: (por favor imprima)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre/nombre anterior: |       | Fecha de nacimiento: |       | Número de teléfono: |       |
|  |
| Dirección (incluir ciudad, estado, código postal): |       |

1. **Autoriza :** A el Centro de Recursos de Envejecimiento y Discapacidad (ADRC), una división del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Waukesha:

Dirección (incluir ciudad, estado, código postal): 514 Riverview Avenue, Waukesha, Wisconsin 53188

Número de teléfono: (262) 548-7848 Número de Fax: (262) 896-8273

1. **A:** [ ]  **REVELAR A:** [ ]   **OBTENER DE:** [ ]  **INTERCAMBIO VERBAL CON:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de Individual/Agencia/Organización/Otros: |       |
|  |  |
|  | Dirección (incluir ciudad, estado, código postal): |       |
|  |  |
|  | Número de teléfono: |       |  | Número de fax: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Método de liberación: | [ ]  Liberación de papel | [ ]  Versión electrónica/Digital (especificar) |       |
| Lanzamiento de: | [ ]  Correo de Estados Unidos [ ]  Fax | [ ]  Recoger: ubicación |       |
|  | [ ]  Para ser recogidos por: |       |

1. **Información a divulgarse:**

***Nota: Puede ser información para ser lanzada por escrito, verbal, correo de voz, Fax o en forma electrónica***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Evaluación de ingesta/inicial | [ ]  Resumen de descarga | [ ]  Citas/asistencia | [ ]  Registros de evaluación geriátrica |
| [ ]  Medicamentos | [ ]  Evaluaciones Registros Médicos | [ ]  Apoyo Familiar/ Social | [ ]  Informe de investigación de abuso/negligencia de ancianos |
| [ ]  Notas del personal/progreso | [ ]  Informes psicológicos | [ ]  LTC Transferencia de Asesoría Funcional | [ ]  Historia (Social, educación, empleo) |
| [ ]  Plan de servicio/tratamiento | [ ]  Informes psiquiátricos | [ ]  Programa de visitantes | [ ]  Solicitud de transporte |
| [ ]  Registros de Salud Pública | [ ]  Asesoría/Evaluación de AODA | [ ]  Evaluación del riesgo de la independencia de las actividades de la vida diaria |
| [ ]  Evaluación/ reevaluación de nutrición/puntuación de riesgos de nutrición  | [ ]  Otros (especifique): |       |

1. **En conformidad con los estatutos de WI que requieren un permiso especial para liberar la información privilegiada, por favor comparta los registros concernientes para (marque todas las que apliquen):**

 [ ]  Alcohol o abuso de drogas/tratamiento (AODA) [ ]  Condiciones de salud mental/conductual [ ]  VIH/SIDA

 [ ]  Discapacidades del desarrollo [ ]  Enfermedades de transmitidas sexualmente

1. **Fecha (S) de la información a ser divulgada:** DE:       A:
2. **Propósito de la divulgación:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Ayudar al especialista de beneficios en la prestación de servicios y asistencia con los beneficios: |       |
|  | [ ]  Evaluación/Provisión/Supervisión de los servicios |  |
|  | [ ]  Otro: (Especifique): |       |

1. **Sus derechos con respecto a esta autorización:**

**Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información confidencial para ser usada o revelada:** entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o recibir una copia de la salud o la información confidencial que he autorizado a ser usada o divulgada por este formulario de autorización de excepción de la información no autorizada por la ley. ¿Puedo organizar inspeccionar mi salud o información confidencial u obtener copias de mi información confidencial poniéndose WCDHHS. **entiendo que me pueden cobrar una cuota razonable por obtener copias. Derecho a recibir una copia de esta autorización:** entiendo que si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, que no estoy obligado a hacer, debo estar provisto con una copia firmada del formulario. **Derecho a negarse a firmar esta autorización:** yo entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que WCDHHS no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención médica sobre mi decisión a firmar esta autorización. **\*\* estatutos de WI 51.30 y 252.15** requieren autorización del cliente para divulgar información médica para fines de pago. Una consecuencia de la negarse a firmar una autorización para la divulgación conforme WI estatutos 51.30 o 252,15 registros puede ser el que no se pague. **Derecho a revocar esta autorización:** Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito al supervisor de registros centralizados de WCDHHS o para el individuo u organización reveladora en la forma. Sin embargo, entiendo que mi revocación no será efectiva en cuanto a usos o divulgaciones de mi salud o información confidencial que la persona u organización anteriormente ya ha usado esta autorización antes de recibir el aviso escrito de revocación; o sea necesario para una aseguradora impugnar una reclamación/política según lo autorizado por ley si firmar la autorización era una condición para obtener cobertura de seguro.**\*\* Resultados de las pruebas del VIH/SIDA:** Entiendo que mis resultados de la prueba del VIH pueden divulgarse sin autorización a las personas u organizaciones que tienen acceso bajo las leyes del estado y una lista de aquellas personas y organizaciones está disponible a petición. **Aviso de Re-divulgación:** Entiendo que la información usada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación y ya no protegida por leyes federales de privacidad. El tercero no puede ser obligado a acatarse a esta autorización o a las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi salud o información confidencial. Esta información ha sido revelada de los registros protegidos por reglas de confidencialidad federales (42 CFR Part 2) y de Wisconsin (51.30). Las reglas federales prohíben que el destinatario haga cualquier otra divulgación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la liberación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para una investigación criminal o juicio de cualquier cliente del programa de abuso de alcohol o drogas. Una copia o facsímil (FAX) de esta autorización se considerará tan válida como el original.

1. **Caducidad:** Esta autorización es vigente hasta el evento y la fecha siguiente:       o hasta un año a partir de la fecha en que se firmó.
2. **Al firmar esta autorización, confirmo que he tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización y que refleja fielmente mis deseos. También confirmo que he leído y entiendo los derechos con respecto a esta autorización.**
3. **Firma del cliente: FECHA:**
4. **Firma del padre/GuardiÁn/otro: FECHA:**

Si firmado por una persona distinta al cliente, complete lo siguiente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | El cliente es: | [ ]  Menor | [ ]  Incompetente | [ ]  No puede firmar debido a discapacidad | [ ]  Difunto |
| 2. | Autoridad legal: | [ ]  Padres del menor | [ ]  Guardián legal \* | [ ]  Poder notarial (POA)\* | [ ]  Otros\*: |       |

**\* Si usted marcó cualquiera de las casillas anteriores, debe tener prueba de autoridad legal adjunto a esta autorización antes de que se libere cualquier registro. (es decir, documentos de tutela, documentos de poder notarial) \***

***Para uso de oficina: Personal ayudando al cliente a completar la autorización:***

**HHS-FM-6246-AA, 07/12, 09/13 enrutamiento: Blanco: ADRC Rosado: Cliente Copia a la Agencia**