



# Condado de Waukesha

## *Departamento de Salud y Servicios Humano*

### **Un pequeño recordatorio para utilizar el formulario de autorización del DHHS del condado de Waukesha para solicitar expedientes:**

Asegúrese de que el formulario de autorización para el uso y divulgación de información confidencial o de salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) del condado de Waukesha incluya la siguiente información cuando solicite expedientes de cualquier proveedor/centro fuera o dentro del DHHS del condado de Waukesha:

**Sección 1:** Nombre/dirección del cliente/paciente cuya información está solicitando. (Solo podemos aceptar un cliente/paciente por formulario de autorización: en el caso de solicitar varios familiares, utilice múltiples formularios de autorización. Si solicita los expedientes de un niño, debe establecer el parentesco en el formulario de autorización y escribir su nombre en el renglón de cliente/paciente)

**Sección 2:** Nombre/dirección del proveedor/centro autorizado a divulgar esta información

**Sección 3:** Nombre/dirección del individuo/proveedor/solicitante autorizado a recibir la información (puede marcar las tres casillas para cumplir con las necesidades de la comunicación bidireccional) Y cómo le gustaría recibir los expedientes solicitados

**Sección 4:** Información específica a divulgarse (si necesita algún otro dato que no está en el formulario, marque "otro" y escriba lo que solicita)

**Sección 5:** Información confidencial específica a divulgarse (asegúrese de marcar todas las casillas de información confidencial que solicite. Si necesita muchas clases de expedientes de información confidencial, es necesario marcar las casillas correspondientes)

**Sección 6:** Intervalo de fechas de los servicios/información que se divulgará (esto no puede quedar en blanco. Si escribe "hasta el final del tratamiento", solo recibirá los expedientes hasta un año después de la firma del cliente/paciente en el formulario de autorización)

**Sección 7:** Objetivo/razón para la divulgación de los expedientes solicitados

**Sección 8:** Explica los derechos del cliente/paciente. Al enviar o enviar por fax una autorización firmada, esta página debe acompañar el formulario de autorización. Es necesario que los clientes/pacientes reciban una copia de este formulario, a menos que se nieguen.

**Sección 9:** Fecha de vencimiento de la autorización (los formularios de autorización del DHHS del condado de Waukesha son válidos durante un año desde la fecha de la firma del cliente/paciente que figura en el formulario de autorización. Una vez que haya pasado ese año, se necesita un formulario de autorización nuevo. Cuando un cliente/paciente comienza un programa nuevo dentro del DHHS del condado de Waukesha, se necesita una nueva autorización)

**Sección 11:** Firma del cliente/paciente y fecha en que el cliente/paciente firmó la autorización

**Sección 12:** Firma del tutor o representante legal del cliente/paciente y fecha en que el cliente/paciente firmó la autorización (**se debe presentar una prueba de representación legal dentro de la autorización para los expedientes**)

**\*Cualquier cambio que se lleve a cabo en el formulario de autorización luego de que el cliente lo firme, debe estar firmado con las iniciales y fechado por el cliente/paciente para no considerarse inválido\*.**

**\*Si la autorización no incluye todos los componentes anteriores, se devolverá y se retrasará su solicitud\***

HHS-FM 6246-D 05/2013 (Rev. 01/28/2022)

Human Services Center, 514 Riverview Avenue, Waukesha, Wisconsin 53188-3631

Phone: (262) 548-7212 • Fax: (262) 548-7379 • TDD: 711

E-mail: [hhs@waukeshacounty.gov](mailto:hhs@waukeshacounty.gov) • Website: [www.waukeshacounty.gov/HHS](http://www.waukeshacounty.gov/HHS)