



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO NACIMIENTO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE
DIRECCIÓN TELÉFONO	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE

POR LA PRESENTE AUTORIZO A, Y SOLICITO QUE:

Counseling Care Center	_____ DIVULGUE A	_____ ORGANIZACIÓN/INDIVIDUO
1969 W. Hart Road	_____ RECIBA DE	_____ DIRECCIÓN
Beloit, WI 53511	_____ DIVULGUE A, Y	_____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
Teléfono: 608-364-5686	_____ RECIBA DE	_____ TELÉFONO
Fax: 608-363-5756		_____ FAX

En cumplimiento con los Estatutos de Wisconsin, que exigen un permiso especial para divulgar información que de otro modo sería privilegiada, por favor divulguen los registros concernientes a _____ la salud mental _____ la condición de portador del VIH _____ el abuso del alcohol y/o las drogas

Información específica solicitada:

_____ Historia psicosocial	_____ Evaluación psiquiátrica	_____ Cita/confirmación/remisión
_____ Chequeo médico	_____ Notas del tratamiento psiquiátrico	_____ Resumen de alta
_____ Plan de tratamiento	_____ Notas del tratamiento de psicoterapia	_____ Expedientes escolares
_____ Órdenes del médico	_____ Evaluación del abuso del alcohol u otras drogas	_____ Datos de laboratorio
_____ Evaluación psicológica	_____ Notas del tratamiento del abuso del alcohol u otras drogas	_____ Otra _____

Fechas de servicio a ser divulgadas: Desde _____ hasta _____

Propósito de la necesidad de divulgación: (por favor marque todo lo que corresponda)

_____ Atención médica adicional	_____ Coordinación de la atención de los dependientes/el cónyuge	_____ Seguro
_____ Resolución de reclamaciones	Otro _____	

Tengo entendido que tengo derecho a copiar e inspeccionar la información que ha de ser divulgada. Tengo entendido además que los registros contienen información sobre la condición médica y el tratamiento del paciente, y posiblemente podrían incluir información concerniente al consumo de drogas y/o alcohol, y/o el estado de salud mental, y/o el SIDA o las enfermedades relacionadas con el VIH.

Tengo entendido además que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento. Tengo entendido que si retiro esta autorización debo hacerlo por escrito. Tengo entendido que el retiro no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización, y que el retiro no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación de acuerdo con mi póliza. A menos que se retire de otra manera, esta autorización caducará en el siguiente día o evento:

_____. Si no especifico una fecha de caducidad, esta autorización caducará en seis meses.

Tengo entendido que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y podría no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.

Tengo entendido que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar la autorización. No tengo que firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Podría experimentar consecuencias por no firmar esta autorización si es remitida desde una agencia obligatoria (es decir, un empleador o los tribunales).

Tengo entendido que tengo derecho a tener una copia de este consentimiento firmado.

Firma del paciente (incluye a los menores de 14 años de edad y más)

Fecha de la firma

Firma del padre/tutor/representante personal (relación) Firma del

Fecha de la

testigo

firma Fecha

de la firma

Consentimiento
para la atención
de terapia
06/27/17

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Beloit Health Systems reconoce el derecho del paciente a la confidencialidad de los registros médicos como se dispone en los estatutos de Illinois y Wisconsin. Por consiguiente, usted debe estar al tanto de las siguientes pautas cuando solicite registros médicos.

Tanto los estatutos de Illinois como los de Wisconsin reconocen la necesidad de un consentimiento informado. El paciente puede solicitar varias divulgaciones de la información indicada en el formulario de autorización. Sin embargo, todas las divulgaciones basadas en este formulario se limitan a los registros fechados hasta la fecha de la firma del paciente inclusive. Es necesaria una nueva autorización para la divulgación de información sobre la atención brindada después de la fecha de su firma, A MENOS QUE sea la autorización para divulgar "registros futuros de una prueba específica, una cita clínica específica y/o una admisión con el mes y año identificados".

Todos los pacientes de 18 años de edad y más deben firmar para la divulgación de sus propios registros médicos a menos que se apliquen las siguientes condiciones:

- * El paciente sea incompetente.
- * El paciente esté incapacitado y no pueda firmar el formulario.
- * El paciente esté muerto (el cónyuge sobreviviente o el representante legal deben firmar la autorización para divulgar los registros de la persona fallecida).

Los pacientes menores de 18 años de edad deben firmar para la divulgación de los registros médicos en los siguientes casos:

- * Cuando el paciente tenga 14 años de edad o más y los registros involucren el tratamiento de enfermedades mentales, el alcoholismo o la dependencia a las drogas.
- * Cuando los registros del paciente para la divulgación incluyan el aborto.

Todas las personas que firmen para la divulgación de registros en lugar del paciente deben indicar su relación con el paciente y tener disponible una prueba de la autoridad legal para divulgar los registros.

Para la continuación de la atención, las partes pertinentes de su información médica se enviarán a su médico/centro médico gratuitamente. Todas las demás solicitudes están sujetas a cargos. Algunas solicitudes de registros podrían requerir un pago por adelantado. Si su solicitud requiere un pago por adelantado, se le enviará una factura con instrucciones sobre cómo enviar los pagos. Si se requiere un pago, los registros se enviarán después de que se reciba el pago.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la información de arriba, por favor no dude en consultarnos.