Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Nombre de Soltera/Otro	Fecha de Nacimiento

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono

Yo autorizo y solicito:

- ☐ Mercy Hospital
- ☐ Mercy _____
  (Indique el sitio de Mercy)
- ☐ Otra Organización/Individuo

Nombre y Dirección

_____

_____

_____

☐ **Para revelar a:** ☐ **Para intercambiar con:**

_____
Organización/Individuo

_____
Calle y Número

_____
Ciudad Estado Código Postal

La siguiente información: (Marca todos los que aplican):

- ☐ Fechas
  Desde _____ Hasta _____
- ☐ Resumen de Hospitalización
- ☐ Historia clínica
- ☐ Reporte de cirugía
- ☐ Reportes de Patología
- ☐ Resultados de laboratorios
- ☐ Reportes de Radiología
- ☐ Reportes de electrocardiogramas
- ☐ Notas de progreso
- ☐ Registro de EM/UR
- ☐ Otros_____

El propósito de esta revelación es:
(Marque uno o más de los siguientes)

- ☐ Continuar Cuidado Médico
- ☐ Procesamiento del seguro
- ☐ Determinación de discapacidad
- ☐ Legal
- ☐ Otros _____

Yo entiendo que una fotocopia de esta autorización puede ser considerada válida tanto como la original. Yo puedo inspeccionarla sin ningún cargo, y ordenar para fotocopias por un cargo razonable, del registro o información que está siendo usada o revelada, por medio de MHS Departamento de Registros Médicos. Yo puedo recibir una copia de esta autorización. Yo entiendo además que esta autorización podrá ser valida por 180 días o hasta que el propósito de la solicitud este realizado, salvo indicación contraria: _____.____Yo entiendo que no estoy obligado/a a firmar esta forma, y que, con ciertas excepciones, personal médico no puede condicionar tratamiento, pagos, o matriculas o elegibilidad para el plan de beneficios médicos cuando tenga esta autorización. Excepciones incluyen situaciones donde una autorización fue solicitada para buscar- tratamientos relacionados con investigación, o si la disposición del personal médico es solo para el propósito de crear información de salud protegida para revelar a terceras personas, o elegibilidad para matricularse a un plan de salud. Yo entiendo que si la autorización fue obtenida como una condición de obtener cobertura del seguro, otra ley proveerá a la compañía de seguros con el derecho de rechazar un pago de la póliza o la póliza completa. Yo entiendo que si yo me rehúso a autorizar que se revele la información requerida para el proceso de re-embolsamiento de la aseguradora, Yo pueda ser responsable financiero de los servicios. Consecuencia por rechazar a dar el consentimiento, si hay, incluyen_____. Esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento mediante una nota escrita a Mercy, excepto si la información ya ha sido revelada por esta autorización. La revocación de esta autorización será efectiva siguiendo la entrega de una nota de revocación escrita a Mercy. La información revelada según esta autorización posiblemente podrá ser re-revelada por el que la recibe y no ser protegida según las leyes de HIPAA u otras leyes de privacidad.

Yo entiendo que mi registro médico e información en conexión con el hospital / fecha del tratamiento (s) mencionados arriba pueden contener reportes, registros o información acerca de salud mental, discapacidad de desarrollo, abuso de alcohol y/o de drogas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), resultados y/o información de la prueba VIH, pruebas de intoxicación, y/o pruebas del feto.

Resultados de la prueba para la presencia del VIH productos antigenos o no antigenos de VIH, o anticuerpos de VIH, pueden ser revelados sin el consentimiento según ciertas circunstancias especificadas en Wis. Stat. 252.15 y una lista de personas o circunstancias esta disponible si la solicita.

_____ _____
Firma del Paciente Fecha en que Firmó

_____ _____
Firma de los Padres/Tutores/Representante Personal Fecha en que Firmó
(Mencione relación con el paciente)

_____ _____
Firma del Testigo Fecha en que Firmó