

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

ENVIAR REGISTROS DESDE:

<input type="checkbox"/> Hospital de Southwest Health 1400 Eastside Rd. Platteville, WI 53818	<input type="checkbox"/> Servicios Conductuales de Southwest 1450 Eastside Rd. Platteville, WI 53818	<input type="checkbox"/> Clínica de Kieler 3695 Prism Lane PO Box 263, Kieler, WI 53812
<input type="checkbox"/> Servicios Médicos de Emergencia 1350 Eastside Rd. Platteville, WI 53818	<input type="checkbox"/> Clínica de Platteville 1450 Eastside Rd. Platteville, WI 53818	<input type="checkbox"/> El Centro de Oftalmología 1450 Eastside Rd. Platteville, WI 53818 or 1509 Ihm St. Lancaster, WI 53813 or 133 Performance Dr. Darlington, WI 53530 or 170 McGregor Plaza, Platteville, WI 53818
<input type="checkbox"/> Clínica de Cuba City 2388 Highway 80, Cuba City, WI 53807	<input type="checkbox"/> Clínica de Darlington 133 Performance Dr. Darlington, WI 53530	
<input type="checkbox"/> Otro: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Nombre de la organización Dirección Teléfono/Fax </div>		

ENVIAR REGISTROS A: ☐ **Publicar registros en MyChart**

Nombre: _____
Dirección: _____
Fax/Recogida: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

Fecha(s) del tratamiento y/o enfermedad/lesión específica: _____

<input type="checkbox"/> Informe de Urgencias	<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen médico	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Laboratorios/Patología
<input type="checkbox"/> Solo en la clínica	<input type="checkbox"/> Informe de Radiología	<input type="checkbox"/> Placas/CD de Radiología	<input type="checkbox"/> Registros de terapia de rehabilitación
<input type="checkbox"/> Centro de Oftalmología	<input type="checkbox"/> Servicios Conductuales de Southwest	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Purpose of Disclosure:

De conformidad con los Estatutos de Wisconsin, que exigen un permiso especial para divulgar información que de otro modo sería confidencial, por favor divulgue los registros relacionados con: ☐ Salud mental ☐ Discapacidades del desarrollo
☐ Abuso de alcohol y/o drogas ☐ Resultados de la prueba del VIH

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

- Entiendo que esta autorización expirará un año después de la fecha de hoy o de la fecha indicada: , lo que ocurra primero. Los registros solo se divulgarán hasta la fecha de la firma.
- Esta autorización puede revocarse por escrito en cualquier momento. La cancelación no modificará las divulgaciones realizadas antes de la cancelación. Southwest Health no restringirá mi tratamiento si decido no firmar esta autorización.
- Las fotocopias o faxes de esta autorización se tratarán de la misma manera que el original.
- Los registros de Southwest Health pueden incluir registros que reciba de otras organizaciones. Si estos registros han sido utilizados y archivados en el registro que Southwest Health mantiene sobre usted, estos registros podrán ser divulgados junto con sus registros de Southwest Health.
- Southwest Health no puede impedir que la persona u organización que reciba sus registros en virtud de esta autorización vuelva a divulgar su información, y es posible que dicha información no esté protegida por las leyes estatales y federales de privacidad una vez que se haya divulgado. Al firmar esta autorización, usted exime a Southwest Health de cualquier responsabilidad derivada de una nueva divulgación por parte del destinatario.
- Su firma indica que ha leído y comprendido este formulario y que autoriza la divulgación de su información tal y como se describe anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL: _____ **FECHA:** _____ / _____ / _____

(Si está firmado por otra persona que no sea el interesado,
indique la relación con la persona que firma)