

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Nombre de Soltera/Otro	Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono
Yo autorizo y solicito:			<input type="checkbox"/> Para revelar a:	<input type="checkbox"/> Para intercambiar con:
<input type="checkbox"/> Mercy Hospital <input type="checkbox"/> Mercy _____ (Indique el sitio de Mercy) <input type="checkbox"/> Otra Organización/Individuo Nombre y Dirección _____			Organización/Individuo _____ Calle y Número _____ Ciudad Estado Código Postal _____	
La siguiente información: (Marca todos los que aplican): <input type="checkbox"/> Fechas Desde _____ Hasta _____ <input type="checkbox"/> Resumen de Hospitalización <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Reportes de electrocardiogramas <input type="checkbox"/> Reporte de cirugía <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Reportes de Patología <input type="checkbox"/> Registro de EM/UR <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorios <input type="checkbox"/> Otros _____			El propósito de esta revelación es: (Marque uno o más de los siguientes) <input type="checkbox"/> Continuar Cuidado Médico <input type="checkbox"/> Procesamiento del seguro <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otros _____	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Resultados de la prueba para la presencia del VIH productos antígenos o no antígenos 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.</p>				
Firma del Paciente _____			Fecha en que Firmó _____	
Firma de los Padres/Tutores/Representante Personal (Mencione relación con el paciente) _____			Fecha en que Firmó _____	
Firma del Testigo _____			Fecha en que Firmó _____	