

Patient Name

DOB:

MR #

Index to Auth - Communication

Fecha: _____

SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
VERBAL DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O
PARA DEJAR MENSAJES EN EL BUZÓN DE
VOZ**

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Por favor, escríbala claramente en letra de molde. Debe proporcionar toda la información.

Nombre Legal Completo: _____

Dirección Actual: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

2. INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: Solo comunicación verbal: Cuidados del paciente – no se proporcionan copias de la documentación médica

Sí No Yo autorizo el/los siguiente(s) tipo(s) de información delicada referente a mis cuidados médicos: resultados de exámenes y/o información referente a salud mental, discapacidades del desarrollo, consumo de alcohol y drogas, y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/VIH, a menos que yo limite la divulgación para excluir lo siguiente (Si marca “Sí”, se necesita la firma de un testigo):

3. COMUNICACIÓN VERBAL ENTRE:

(indique el nombre de la institución médica o proveedor/miembro del personal médico específico. El indicar “SwedishAmerican” cubrirá todas las ubicaciones de SwedishAmerican)

Y:

Nombre: _____
(indique el nombre y el apellido de la(s) persona(s) a quien(es) se puede divulgar la información confidencial, tal como a un trabajador social de la comunidad)

Y/O

Deje un MENSAJE DE VOZ en el/los Siguiete(s) Número(s) de Teléfono _____
_____ (el mensaje de voz incluye cualquier información, a menos que se limite abajo):

Limite los mensajes de voz solo a la información especificada: _____

Y/O

Deje un MENSAJE CON UN INDIVIDUO que responda el teléfono al marcar el número proporcionado abajo. Por favor, especifíquelo:

Cualquier persona Nombre(s) del/de los individuo(s) autorizado(s): _____

4. PROPÓSITO DE LA COMUNICACIÓN: Continuación de los Cuidados Médicos, a menos que se especifique:

5. ESTA AUTORIZACIÓN SE VENCERÁ un año después de la fecha de la firma a menos que se indique lo contrario abajo:

Otra fecha de vencimiento específica o evento (especifíquelo): _____ (mes/día/año)

*****POR FAVOR, VEA EL DORSO PARA RECIBIR INFORMACIÓN ADICIONAL*****

Patient Name

DOB:

MR #

Index to Auth - Communication

SwedishAmerican – A Division of UW Health
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
 VERBAL DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O
 PARA DEJAR MENSAJES EN EL BUZÓN DE
 VOZ**

6. POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LO SIGUIENTE:

Yo entiendo que puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento salvo en la medida en que la información haya sido divulgada o se haya tomado otra acción en virtud a esta. Toda revocación escrita debe ser firmada por el paciente o representante legal, atestiguada y entregada a: Privacy Official, SwedishAmerican Health System, 1401 East State Street, Rockford, Illinois, 61104

Yo entiendo que existe la posibilidad de que las personas que reciban la información vuelvan a divulgarla a personas que pueden no estar sujetas a las normas de protección de la privacidad o la confidencialidad.

Yo entiendo que la información médica identificativa anterior puede contener resultados de exámenes y/o información referente a salud mental, discapacidades del desarrollo, consumo de alcohol y drogas, y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/VIH.

Yo entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información cuya divulgación se solicita en virtud a esta Autorización.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que ningún tratamiento, pago o beneficio estará condicionado a que yo otorgue o no mi Autorización. Si me niego a firmar esta Autorización, entiendo que la divulgación descrita anteriormente no podrá realizarse a menos que la ley lo autorice o requiera.

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en Letra de Molde: _____ Relación: _____

- El Paciente es: (Patient is)
 - Menor de edad (Minor)
 - Tutor Legal (Legal Guardian)
 - Agente de Cuidados Médicos (Health Care Agent)
- Incompetente/Incapacitado (Incompetent/Incapacitated)
- Padre/Madre de un Menor (Parent of Minor)
- Otro: _____ (Other)

Reviewed by: _____ Date: ____/____/____ Time: _____

****Clinic Staff: Once this document is completed, please fax to HIMS at (779) 256-2402****

Patient Name

DOB:

MR #

SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**AUTHORIZATION FOR VERBAL DISCLOSURE
OF HEALTH INFORMATION AND/OR TO
LEAVE VOICE MAIL MESSAGES – SPANISH**

Index to Auth – Communication

Date: _____

1. PATIENT INFORMATION: Please print clearly. All information must be provided

Full Legal Name: See Spanish Version

Current Address: See Spanish Version

Telephone Number: See Spanish Version Date of Birth: See Spanish Version

2. INFORMATION TO BE DISCLOSED: Verbal communication only: Patient’s care – no copies of medical records provided

Yes No I authorize the following type(s) of sensitive information pertaining to my care: mental health, developmental disabilities, alcohol and drug abuse, and/or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) HIV test results and /or information, unless I limit the disclosure to exclude the following (if Yes, witness signature is needed):

3. VERBAL COMMUNICATION BETWEEN:

See Spanish Version
(list name of health care facility or specific health care provider/staff member. Listing “SwedishAmerican” will cover all SwedishAmerican locations)

And: Name: See Spanish Version
(list first and last name of person(s) to whom your confidential information may be disclosed, such as a community social worker)

AND/OR

Leave VOICE MAIL at the Following Phone Number(s) See Spanish Version
_____ (voice mail includes any information, unless limited below):

Limit voice mail only to information specified: See Spanish Version

AND/OR

Leave MESSAGE WITH AN INDIVIDUAL who answers the phone at the number provided above

Please specify:

Anyone Name(s) of authorized individual(s): See Spanish Version

4. PURPOSE OF COMMUNICATION: Continued Care, unless specified: See Spanish Version

5. THIS AUTHORIZATION WILL EXPIRE in one year from signature unless otherwise indicated below:

Other specific expiration date or event (specify): See Spanish Version (mm/dd/yyyy)

*****PLEASE SEE REVERSE FOR FURTHER INFORMATION*****

Patient Name

DOB:

MR #

Index to Auth - Communication

SwedishAmerican – A Division of UW Health
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**AUTHORIZATION FOR VERBAL DISCLOSURE
 OF HEALTH INFORMATION AND/OR TO
 LEAVE VOICE MAIL MESSAGES – SPANISH**

6. PLEASE READ THE FOLLOWING CAREFULLY:

I understand that I may revoke this Authorization in writing at any time except to the extent information was released or other action taken in reliance on it. Any written revocation must be signed by the patient or legal representative, witnessed, and delivered to the Privacy Official, SwedishAmerican Health System, and 1401 East State Street, Rockford, Illinois, 61104

I understand the potential for further disclosure by recipients of the information to persons who may not be subject to privacy or confidentiality protections.

I understand that the above identified health information may contain mental health, developmental disabilities, alcohol and drug abuse, and/or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) HIV test results and/or information.

I understand that I have the right to inspect and copy the information that is requested to be released pursuant to this Authorization.

I understand that I may refuse to sign this Authorization and that no treatment, payment or benefits are conditioned upon my providing this Authorization. If I refuse to sign this Authorization, I understand that the disclosure described above cannot be made unless it is authorized or required by law.

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version Date: ___/___/___ Time: _____

Signature of Witness: See Spanish Version Date: ___/___/___ Time: _____

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so.

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

- Patient is: Minor Incompetent/Incapacitated
- Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor
- Health Care Agent Other: _____

Reviewed by: See Spanish Version Date: ___/___/___ Time: _____

****Clinic Staff: Once this document is completed, please fax to HIMS at (779) 256-2402****