

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

- NOTE that if an authorization is needed for disclosure of a patient's medical information for purposes of fundraising or marketing, a separate form is required. Such forms are available at the Marketing & Public Affairs web page of the UW Health intranet.
- Item #2a Medical Records to obtain: Description must be specific enough so that the patient can understand what information they are permitting to be disclosed. Thus, if "Other" section is used, description must be reasonably detailed (select one section per authorization). Select one box below for the records needed.
- Item #2b Substance Use Disorder (SUD) Records: Select all boxes that apply.
- Item #2c Format for record delivery: Select one box (paper, DVD or Other) for the format of records to be released. If this is left blank, records will be provided in paper format.
- Item #2d Medical Images to be disclosed from: Indicate the location where Medical images are from.
- Item #2e Specific Medical Images to be disclosed: Indicate if all medical images are needed or specific images relating to particular studies or dates.
- Item #3 Release Information FROM: Indicate the name of the organization to which records are to be released from (Select one box per authorization) or write in the facility name and full address, phone and fax number.
- Item #4 Release Information TO: Indicate the specific person(s) or class(es) of persons outside the entity who will be permitted to receive the information with full mailing address, phone and fax number.
- Item #5 Purpose or need for disclosure - may be released electronically: Indicate any and all purposes for disclosure.
- Item #6 Expiration date: Enter specific expiration date if applicable.
- Signatures: In general, a patient age 18 or older is the only person with legal authority to sign this form. For patients younger than 18, generally the patient's parent or legal guardian must sign on behalf of the patient. There are many exceptions, however, to these general rules. For example:
 - If the patient has a guardian, the form may be signed by the patient's guardian or temporary guardian. If there is no guardian, and if two physicians have determined that the patient is incompetent, the form may be signed by the healthcare agent named in the patient's power of attorney.
 - If the patient is authorizing the use of HIV test results, he or she is permitted to sign this form regardless of age. If the patient is under the age of 14, a parent or guardian may sign on his or her behalf. If the patient is age 14 or older, a parent or guardian may not sign on his or her behalf.
 - If the patient is authorizing the use or disclosure of medical records involving treatment for mental illness, developmental disabilities, alcoholism or drug dependence, the patient is permitted to sign this form if he or she is age 12 or older. If the patient is between the ages of 12 and 18, a parent or guardian may sign on his or her behalf. If the patient is under the age of 12, a parent or guardian must sign.
 - For deceased patients, this form may be signed by the patient's surviving spouse or personal representative. If there is no surviving spouse or personal representative, immediate family members may sign. For this purpose, immediate family members are limited to adult children, parents, grandparents, and adult brothers and adult sisters of the deceased patient and their spouses.
 - All individuals signing for disclosure of medical information on behalf of a patient must state their relationship to the patient and may be required to provide proof of legal authority to permit the use or disclosure of the medical information.
 - For information about signatures in other situations or answers to questions about these issues, please contact your supervisor, the Director of Health Information, and/or the Privacy Officer.
- The patient must be given a copy of the signed authorization form if the Authorization was initiated from within a UW Health care provider as opposed to the patient or a third party.

Index to Auth-PHI

1. Información del paciente

Nombre – Apellido, primer nombre, segundo nombre (nombre de soltera o nombre anterior)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Expediente Médico (si lo conoce)	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	

2a. Expediente Médico Por Obtener (Seleccione uno) – para Imágenes Médicas, vea más adelante bajo 2d y 2e

Resumen del expediente (incluye resúmenes de altas, consultas, informes de sala de emergencias, notas de paciente ambulatorio, reportes de patología, resúmenes clínicos, radiografías (solo reportes), EKG e informes de laboratorio de los dos años más recientes)

Informes pertinentes a (Fechas o condiciones): _____

Otro (describa): _____

Expediente médico completo desde ___/___/___ hasta ___/___/___

2b. Historial de Trastorno de Uso de Sustancias (SUD por sus siglas en ingles) – solo será divulgado si es seleccionado debajo Por favor, Seleccione todos lo que aplique)

Evaluaciones de SUD

Notas del tratamiento y planes de tratamiento

Resultados de pruebas de laboratorio

Resumen de alta incluyendo información de SUD

Toda la información de SUD **desde** ___/___/___ **hasta** ___/___/___

Otro: _____

2c. Formato de la documentación (Seleccione uno): Papel Otro formato (especifique): _____

Nota: Si no selecciona un formato, la información se entregará en papel.

2d. IMÁGENES DE RADIOLOGÍA a ser divulgadas por (Seleccione uno): UW Health UW Health Rehab Hospital

2e. IMÁGENES Específicas DE RADIOLOGÍA a ser divulgadas:

- Todas las imágenes de Radiología Todos los Estudios de Cardiología Todas las Fotografías de Cirugías
- Todos los Estudios de Oftalmología/De la Vista Imágenes pertinentes a: _____
(fechas y/o estudios)

3. Divulgado POR: (Seleccione uno)

- Todo UW Health o Especifique debajo:
- UW Health Rehab Hospital o
- Otra Organización Médica (Complete debajo)

Nombre – (por ejemplo, Institución Médica, doctor...)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Fax	

4. Divulgado A: ****Necesita dirección completa****

Nombre – (p. ej. Compañía de Seguro Médico, abogado, doctor, paciente)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Fax	

5. Propósito o necesidad de la divulgación-puede divulgarse electrónicamente. (Por favor, Seleccione todos las categorías pertinentes)

- Cuidados médicos adicionales Pago de una reclamación del seguro Investigación legal Compensación al trabajador
- Solicitud para obtener seguro médico Rehabilitación vocacional Uso del paciente Investigación
- Determinación de discapacidad Otro: _____

6. FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización permanecerá vigente hasta que se haya(n) completado la(s) divulgación(es) anterior(es) a menos que usted especifique que esta autorización estará en vigor durante un período de tiempo adicional. (OBSERVE que si especifica un período de tiempo adicional, esta autorización será pertinente a su información médica generada durante el período de tiempo adicional.)

Otra fecha de vencimiento específica (especificar): ___/___/___

** POR FAVOR, VEA LA PÁGINA SIGUIENTE PARA RECIBIR INFORMACIÓN ADICIONAL **

De acuerdo con las condiciones indicadas arriba y en la página siguiente de este formulario, autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica. Entiendo que puede haber un costo asociado a las copias. Esta autorización incluye la divulgación de información referente al trastorno de abuso de drogas, consultas psiquiátricas y de enfermedad mental, discapacidades del desarrollo, pruebas genéticas, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, infecciones de transmisión sexual, y/o resultados de la prueba del VIH a menos que yo limite la discusión para excluir las siguientes condiciones médicas: _____

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: ___/___/___

Si lo firma una persona que no sea el 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: Menor de edad (minor) Incompetente/Incapacitado (Incompetent/Incapacitated) Cónyuge/Pareja Doméstica del Fallecido (Spouse/Domestic Partner of Deceased)
- Autoridad Legal: Tutor Legal (Legal Guardian) Padre/Madre de un Menor (Parent of Minor) Familiar más cercano (Next of Kin) Otro: _____ (Other)
- Agente de Cuidados Médicos (Health Care Agent)
- Representante Personal (Personal Representative)

UW Health Release Documentation

INFORMACIÓN ADICIONAL REFERENTE A LA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Los proveedores médicos de UW Health respetan el derecho de un paciente a la confidencialidad de su información médica según lo establecido bajo la ley federal y estatal. Por favor, lea las siguientes pautas antes de firmar esta autorización.

Divulgación de Información: La información divulgada puede ser obtenida del expediente médico de UW Health. Puede ser obtenida de múltiples formas en papel o electrónicas (cuando sea pertinente). Puede incluir elementos de datos procedentes de fuentes externas incluidos en gráficas y documentos. Las copias divulgadas a través del Departamento para la Gestión de Información Médica (*Health Information Management*) incluyen únicamente documentación médica.

Envío de Autorizaciones a UW Health: Las Autorizaciones para la mayoría de las Clínicas de UW Health pueden ser enviadas por correo a **UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive Madison, WI 53717**. Vea una lista detallada de las clínicas que divulgan su propia documentación en uwhealth.org. Esta información se encuentra en la sección para Pacientes y Visitantes (Patient and Visitor), Cómo Obtener Su Expediente Médico (How to Obtain Your medical Records).

Reglas Federales de Privacidad HIPAA: Estas reglas federales indican cuando puede ser usada o divulgada su información médica sin su autorización. Para mayor información, por favor refiérase a nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted puede encontrar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en la página web uwhealth.org. Esta información está localizada en la esquina inferior derecha de la página web. Haga clic en el Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA).

Privacidad del Programa Federal del Tratamiento para el Trastorno de Uso de Sustancias (42 CFR Parte 2): Las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) que aplican al tratamiento y/o registros de referidos del trastorno de uso de sustancias mantenido por un programa Parte 2 prohíbe cualquier divulgación adicional de tales registros sin el consentimiento específico por escrito del individuo del cual se está divulgando la información o de otra forma como lo permite el 42 CFR Parte 2. Sin embargo, cualquier divulgación de información lleva consigo el potencial de otra divulgación no autorizada y la información pudiese no estar protegida por estándares federales de privacidad.

Derecho a la Privacidad de Wisconsin: La ley de Wisconsin protege la confidencialidad de la documentación médica del paciente e indica cuándo puede divulgarse sin su autorización.

Designación General para Divulgación de Información del Trastorno de Uso de Sustancias: Yo entiendo que he realizado una designación general para divulgar el tratamiento y/o información de referido para el trastorno de uso de sustancias a individuos o entidades con las cuales estoy en tratamiento. Yo puedo solicitar una lista de los individuos o entidades a las cuales se les ha divulgado mi información del trastorno de uso de sustancias contactando a UW Health – *Health Information Management* (Administración de Información Médica) *Release of Information* (Divulgación de Información), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.

No Está Obligado a Firmar: Usted no tiene ninguna obligación de firmar este formulario, y puede negarse a hacerlo. Excepto en lo permitido bajo las leyes pertinentes, los proveedores de la salud de UW Health no pueden negarse a proporcionarle tratamiento u otros servicios médicos si usted se niega a firmar este formulario.

Revocación: Usted tiene el derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que finalice. Sin embargo, su revocación escrita no afectará a ninguna divulgación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) inscrita(s) en la página anterior de este formulario ya haya(n) realizado, según esta autorización, antes de que la revoque. Además, si esta autorización fue obtenida con el propósito de recibir cobertura del seguro médico, es posible que su revocación no sea efectiva en ciertas circunstancias donde el asegurador esté disputando una reclamación. Para los registros de UW Health, su revocación debe realizarse por escrito, firmada por usted o su representante legal, y entregada a: UW Health - *Health Information Management* (Administración de Información Médica) *Release of Information* (Divulgación de Información), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.

Nueva Divulgación: Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizada(s) por este formulario a recibir su información médica protegida no es/son proveedor(es) de la salud u otra(s) persona(s) sujeta(s) a las leyes federales de privacidad médica, la información médica protegida que reciba(n) puede perder su protección bajo las leyes federales de privacidad médica, y es posible que se permita que esa(s) persona(s) vuelva(n) a divulgar su información médica protegida sin su permiso previo.

Derecho a la Inspección: Usted tiene derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida cuya divulgación está autorizando, con ciertas excepciones estipuladas bajo la ley estatal y federal. Si desea inspeccionar su documentación, contacte al Departamento de Cuentas de Pacientes (*Patient Accounting*), para registros de facturación, o al Departamento para la Gestión de Información Médica (*Health Information Management Department*), para los expedientes médicos, en 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.

Tarifas: No se cobrará una tarifa cuando la documentación sea solicitada por/divulgada a otras organizaciones para la salud. Se cobrará una tarifa si se solicita con otros fines. Vaya a uwhealth.org para recibir más detalles sobre la determinación de las tarifas, o llame al Departamento de Divulgación de Información (*Release of Information*) durante las horas regulares de servicio al (608) 263-6030, Opción 5.

Formatos Múltiples para la Divulgación de Documentación Médica (Papel versus DVD): Usted puede solicitar que la documentación le sea entregada a usted en diferentes formatos, sin embargo solo se divulgará un formato por cada autorización. Le pedirán que presente una solicitud distinta para cada formato si desea tener múltiples formatos (y es posible que le cobren por cada solicitud).

Firmas: Generalmente, si tiene 18 años o más, usted es la única persona a la que se permite firmar este formulario para autorizar la divulgación de su información médica protegida. Si es menor de 18 años, su padre/madre o tutor legal debe firmar este formulario por usted. Sin embargo, hay muchas situaciones en las que esta regla general no es pertinente. Si desea recibir más información respecto a quién está autorizado a firmar este formulario, contacte: UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.

Index to Auth-PHI

1. Patient Information

Name – Last, First, MI (Maiden or former name) See Spanish Version			
Street Address See Spanish Version	City See Spanish Version	State See Spanish Version	Zip Code
Medical Record Number (only if known) See Spanish Version	Birthdate See Spanish Version	Phone Number See Spanish Version	

2a. Medical Records to obtain (Select <u>one</u>) – for Medical Images/Films, see below under 2d and 2e	2b. Substance Use Disorder (SUD) Records – will only be released if selected below (Please select <u>all</u> that apply)
<input type="checkbox"/> Summary of Chart (includes discharge summaries, consultations, emergency room records, outpatient notes, pathology reports, clinic summaries, X-ray (reports only), EKG and Lab reports for the most recent two years) <input type="checkbox"/> Records pertaining to (dates or conditions): <u>See Spanish Version</u> <input type="checkbox"/> Other (describe): <u>See Spanish Version</u> <input type="checkbox"/> Entire medical record from date ___/___/___ to date ___/___/___	<input type="checkbox"/> SUD assessments <input type="checkbox"/> Treatment notes and treatment plans <input type="checkbox"/> Lab screening results <input type="checkbox"/> Discharge Summary including SUD information <input type="checkbox"/> All SUD information from date ___/___/___ to date ___/___/___ <input type="checkbox"/> Other: _____

2c. Format for record delivery (Select one): Paper Other format (specify): _____
Please note: If a format is not selected, records will be provided in paper format.

2d. MEDICAL IMAGES to be disclosed from (Select one): UW Health UW Health Rehab Hospital

2e. Specific MEDICAL IMAGES to be disclosed:

- All Radiology Images All Cardiology Studies All Surgery Photos
 All Eye/Ophthalmology Studies Images pertaining to: See Spanish Version
(dates and/or studies)

3. Release Information FROM: (Select one)

- All UW Health or Specify below:
 UW Health Rehab Hospital or
 Other Healthcare Organization (Complete below)

Name – (e.g. Health Facility, Physician...) See Spanish Version		
Address See Spanish Version		
City See Spanish Version	State	Zip Code
Phone Number See Spanish Version	Fax See Spanish Version	

4. Release Information TO: ****Need full mailing address****

Name – (e.g. Insurance Company, Lawyer, Physician, Patient) See Spanish Version		
Address See Spanish Version		
City See Spanish Version	State	Zip Code
Phone Number See Spanish Version	Fax See Spanish Version	

5. Purpose or need for disclosure - may be released electronically. (Select all applicable categories)

- Further medical care Payment of insurance claim Legal investigation Workers' compensation
 Application for insurance Vocational rehabilitation Patient use Research
 Disability determination Other: See Spanish Version

6. EXPIRATION DATE: This authorization will remain in effect until the above disclosure(s) have been completed unless you specify that this authorization will be effective for an additional time period. (NOTE that if you specify an additional time period, this authorization will apply to your medical information generated during the additional time period.) Other specific expiration date (specify): ___/___/___

****PLEASE SEE NEXT PAGE FOR FURTHER INFORMATION****

In accordance with the conditions listed above and on the next page of this form, I authorize the use and/or disclosure of my medical information. I understand that there may be a charge for copies. This authorization includes disclosure of information regarding substance use disorder, psychiatric consults and mental illness, developmental disabilities, genetic testing, AIDS or AIDS-related illness, sexually transmitted infection, and/or HIV test results, unless I limit the disclosure to exclude the following: See Spanish Version

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

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so. (See next page for more information)

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

- Patient is: Minor Incompetent/Incapacitated Spouse/Domestic Partner of Deceased
 Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor Next of Kin
 Health Care Agent Other: See Spanish Version
 Personal Representative

UW Health Release Documentation

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

UW Health care providers honor a patient's right to confidentiality of protected health information as provided under federal and state law. Please read the following guidelines before signing this authorization.

Release of Information: The information released may be obtained from the medical record of UW Health. It may be obtained from multiple paper-based or electronic-based forms (as applicable). It may include data elements from outside sources that are embedded in tables and documents. Copies released from Health Information Management include medical records only.

Sending Authorizations to UW Health: Authorizations for UW Health sites can be mailed to **UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717**. See a detailed listing of clinics that release their own records on uwhealth.org. This information is located in the Patient and Visitor section, How to Obtain Your Medical Records.

Federal HIPAA Privacy Rules: These federal rules indicate when your protected health information may be used or disclosed without your authorization. Please see our Notice of Privacy Practices for additional information. You can find a copy of the Notice of Privacy Practices on the website at uwhealth.org. This information is located on the bottom right corner of the website. Click on Notice of Privacy Practices (HIPAA).

Federal Substance Use Disorder Treatment Program Privacy (42 CFR Part 2): The federal confidentiality rules (42 CFR Part 2) that apply to substance use disorder treatment and/or referral records maintained by a Part 2 program prohibit any further disclosure of such records without the specific written consent of the individual whose information is being disclosed or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. However, any disclosure of information carries the potential for unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal privacy standards.

Wisconsin Right to Privacy: Wisconsin law protects the confidentiality of patient healthcare records and indicates when records may be disclosed without your authorization.

General Designation for Disclosure of Substance Use Disorder Treatment Information: I understand I have made a general designation to disclose substance use disorder treatment and/or referral information to individuals or entities with which I have a treatment relationship. I may request a list of individuals or entities to which my substance use disorder information has been disclosed by contacting UW Health – Health Information Management (Release of Information), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.

No Obligation to Sign: You are under no obligation to sign this form, and you may refuse to do so. Except as permitted under applicable law, UW Health care providers may not refuse to provide you treatment or other healthcare services if you refuse to sign this form.

Revocation: You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time before it ends. However, your written revocation will not affect any disclosures of your medical information that the person(s) and/or organization(s) listed on the previous page of this form have already made, in reliance on this authorization, before the time you revoke it. In addition, if this authorization was obtained for the purpose of insurance coverage, your revocation may not be effective in certain circumstances where the insurer is contesting a claim. For UW Health records, your revocation must be made in writing, signed by you or your legal representative, and delivered to: UW Health - Health Information Management (Release of Information), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.

Re-release: If the person(s) and/or organization(s) authorized by this form to receive your protected health information are not healthcare providers or other people who are subject to federal health privacy laws, the protected health information they receive may lose its protection under federal health privacy laws, and those people may be permitted to re-release your protected health information without your prior permission.

Right to Inspect: You have the right to inspect or copy the protected health information for whose disclosure you are authorizing, with certain exceptions provided under state and federal law. If you would like to inspect your records, contact the Patient Accounting department (for billing records) or Health Information Management department (for medical records) at 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.

Fees: There is no charge for records requested by or released to other healthcare organizations. A fee will be charged for other requested purposes. See uwhealth.org for more details on fees assessed or call Release of Information during normal business hours at (608) 263-6030, Option 5.

Multiple Formats for Release of Medical Records (Paper vs DVD): You may request records to be provided to you in different formats; however, only one format will be released per authorization. You will be asked to submit a separate request for each format if multiple formats are desired (and may be charged for each request).

Signatures: Generally, if you are 18 years of age or older, you are the only person who is permitted to sign this form to authorize the disclosure of your protected health information. If you are under the age of 18, your parent or guardian must sign this form for you. However, there are many situations in which this general rule does not apply. For more information regarding who is authorized to sign this form, contact: UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.