

Patient Name

DOB:

MR #

SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD**

Index to Auth - PHI

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Por favor escriba en letra de imprenta de forma clara. Se debe proporcionar toda la información.

Nombre legal completo: _____
(Primer nombre) (Apellido) (Inicial del segundo nombre)

Dirección actual: _____
(Dirección) (Ciudad) (Código postal)

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

2. POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO Y SOLICITO (Por favor marque únicamente una ubicación por autorización) A:

- SwedishAmerican Hospital Otro (Nombre del centro/persona y dirección): _____
 SwedishAmerican Medical Center Belvidere _____
 SwedishAmerican Home Care _____
 SwedishAmerican Medical Group (SAMG, por sus siglas en inglés):
(Especificar ubicación de la clínica) _____

3. DIVULGAR, UTILIZAR Y/O REVELAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD:

- Sólo un resumen de lo anterior (incluye reportes dictados y resultados de pruebas de diagnóstico como por ejemplo resultados de laboratorio e informes de rayos X)
 Registros médicos completos (incluye resumen y notas de enfermería, notas de mejorías, órdenes del médico, etc.)
 Imágenes Médicas (Radiología) Placas (Rayos X, CT, MRI, ultrasonido, cardiovascular, etc.)
 Otra (especificar) _____

RELACIONADA AL SIGUIENTE TRATAMIENTO O PERÍODO DE TIEMPO:

Desde _____ (Fecha) Hasta _____ (Fecha)

4. LA INFORMACIÓN PUEDE DARSE A CONOCER A:

(Nombre del centro/persona y dirección) _____

5. EL (LOS) PROPÓSITO(S) O NECESIDAD (ES) PARA ESTA DIVULGACIÓN ES/SON:

- Cuidados médicos Efectos de seguro A solicitud del paciente
 Otro: _____

6. FORMATO: Por favor marque únicamente un cuadro. Si no se selecciona un formato, los registros se darán en formato papel

- Papel
 Acceso electrónico seguro (se necesita acceso a Internet y una dirección electrónica válida)
Dirección de correo electrónico: _____
Seleccione un número de identificación personal (PIN): _____
(Hasta 10 dígitos – si no se escoge, se utilizará la fecha de nacimiento)

7. EXPIRACIÓN: Esta autorización expirará un año después de la fecha de autorización, a no ser que sea revocada por el paciente.

Patient Name

DOB:

MR #

SwedishAmerican – A Division of UW Health
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE
 INFORMACIÓN DE SALUD**

Index to Auth - PHI

8. SÓLO PARA USO DE LA CLÍNICA:

Si la transferencia se debe a que el paciente está suspendiendo los servicios del médico/clínica:

- Requisito de seguro Disponibilidad del médico
 Insatisfacción Reubicación Otro _____

9. POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE:

Entiendo que puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya divulgado la información o sea haya tomado otra acción al respecto. Cualquier revocación por escrito debe ser firmada por el paciente o un representante legal, tener un testigo y ser entregada al Director de Privacidad, SwedishAmerican Health System, 1401 E. State St., Rockford, IL 61104.

Entiendo el potencial de una divulgación futura por parte de los receptores de la información a personas que pueden no estar sujetas a protecciones de privacidad o confidencialidad.

Entiendo que la información de salud identificada anteriormente puede contener resultados y/o información de salud mental, discapacidades en el desarrollo, abuso de drogas y alcohol y/o pruebas del VIH del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se solicita divulgar en conformidad con esta Autorización.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta Autorización, y que mis tratamientos, pagos o beneficios no están condicionados al suministro de esta Autorización. Entiendo que si me rehusó a firmar esta Autorización, la divulgación descrita anteriormente no se puede hacer a no ser que se autorice o se exija por ley.

_____ Firma del Paciente o su Representante Legal <i>(Podríamos pedirles a los pacientes en edades entre los 12 y 17 que firmen y coloquen la fecha al igual que la firma conjunta del padre/madre/tutor legal)</i>	_____ Relación con el Paciente	_____ Fecha
---	-----------------------------------	----------------

_____ Firma Conjunta	_____ Relación con el Paciente	_____ Fecha
-------------------------	-----------------------------------	----------------

_____ Firma del Testigo	_____ Fecha
----------------------------	----------------

Patient Name

DOB:

MR #

SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION**

Index to Auth - PHI

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

Full Legal Name: _____
(First) (Last) (Middle Initial)

Current Address: _____
(Street) (City) (Zip)

Telephone Number: _____ Date of Birth: _____

2. I HEREBY AUTHORIZE AND REQUEST (Please check only one location per authorization):

- SwedishAmerican Hospital Other (Name of facility/person and address): _____
- SwedishAmerican Medical Center-Belvidere _____
- SwedishAmerican Home Care _____
- SwedishAmerican Medical Group (SAMG):
(specify clinic location) _____

3. TO RELEASE, USE AND/OR DISCLOSE THE FOLLOWING HEALTH INFORMATION:

- Abstract of above only (includes dictated reports and diagnostic test results such as lab results and x-ray reports)
- Entire medical record (includes abstract and nursing notes, progress notes, physician orders, etc.)
- Medical imaging (Radiology) films (x-rays, CT, MRI, ultrasound, cardiovascular, etc.)
- Other (specify) _____

RELATING TO THE FOLLOWING TREATMENT OR TIME PERIOD:

From _____ (date) to _____ (date)

4. THE INFORMATION MAY BE RELEASED TO:

(Name of facility/person and address) _____

5. THE PURPOSE(S) OR NEED FOR THIS DISCLOSURE IS:

- Medical Care Insurance Purposes At the request of the patient
- Other: _____

6. FORMAT: Please check only one box. If format is not selected, records will be in paper format.

- Paper
- Secure electronic access (Internet access and valid email address required)
Email address: _____
Select a PIN: _____
(up to 10 digits – if not chosen, date of birth will be used)

7. EXPIRATION: This authorization will expire one year from date of authorization, unless otherwise revoked by patient.

Patient Name

DOB:

MR #

SwedishAmerican – A Division of UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION**

Index to Auth - PHI

8. FOR CLINIC USE ONLY:

If transfer is due to patient discontinuing services of physician/clinic:

- Insurance Requirement
- Physician Availability
- Dissatisfaction
- Relocation
- Other _____

9. 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.

See Spanish Version	See Spanish Version	See Spanish Version
Signature of Patient or Legal Representative <i>(Patients ages 12-17 may be required to sign and date with co-signature of parent/legal guardian)</i>	Relationship to Patient	Date

See Spanish Version	See Spanish Version	See Spanish Version
Co-Signature	Relationship to Patient	Date

See Spanish Version	See Spanish Version
Signature of Witness	Date