



**AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN
VERBAL Y/O PARA DEJAR
MENSAJES EN EL BUZÓN DE VOZ**

Esto no autoriza la divulgación de copias del expediente médico –
Use documento UWH1280490-DT
Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida
Fax: (608) 662-4444

Index to Auth-Communication

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	

2. Información a Ser Divulgada: Sólo comunicación verbal re: cuidados del paciente - **no se proporcionan copias de la documentación**

3.

<p>Comunicación Verbal Entre:</p> <p>_____ y: Nombre: _____</p> <p>(Indique el nombre de la institución médica o el proveedor médico / miembro específico del personal. El indicar "UW Health" cubrirá todas las ubicaciones de UW Health.)</p>	<p>(Indique el nombre y el apellido de la(s) persona(s) a quien(es) se puede divulgar información, tal como a un trabajador social de la comunidad.)</p>
--	--

Y/O

<p>Deje un MENSAJE en el/los siguiente(s) número(s) de teléfono: _____</p> <p>_____ (los mensajes de voz pueden incluir cualquier información, a menos que se limite abajo):</p> <p>Limite los mensajes de voz sólo a la información especificada: _____</p> <p>(Vea l dorso el aviso referente a los mensajes de voz)</p>

Y/O

<p>Deje un MENSAJE CON UN INDIVIDUO que responda el teléfono en el número proporcionado en el recuadro <u>inmediatamente</u> arriba de este.</p> <p>Por favor, especifique:</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier persona <input type="checkbox"/> Nombre(s) de individuo(s) autorizado(s): _____</p>
--

4. Propósito de la comunicación: Continuación de los cuidados a menos que se especifique: _____

5. Esta autorización se vencerá un año después de la firma a menos que se indique lo contrario abajo:

Dar fecha de vencimiento específica o escribir indefinidamente: _____

****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. 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 otra persona distinta al paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo. (Vea el dorso para recibir información sobre las firmas)

Nombre en Letra de Molde: _____ **Relación:** _____

- | | | | |
|------------------|--|--|--|
| El paciente es: | <input type="checkbox"/> Menor de edad | <input type="checkbox"/> Incompetente / Incapacitado | <input type="checkbox"/> Conyugue/Pareja Domestica o Fallecido |
| Autoridad Legal: | <input type="checkbox"/> Tutor Legal | <input type="checkbox"/> Padres del Menor de edad | <input type="checkbox"/> Pariente más Cercano |
| | <input type="checkbox"/> Agente de Seguros Médicos | <input type="checkbox"/> Representante Personal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

INFORMACIÓN ADICIONAL CON RELACIÓN A LA AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL Y/O DEJAR MENSAJES EN EL BUZÓN DE VOZ

Los proveedores de la salud 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.

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 Practicas de Privacidad. Usted puede encontrar una copia del Aviso de Practicas 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 Practicas 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 de Privacidad en 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, Opción 3.

Sólo Comunicación Verbal: Esta autorización permite la comunicación verbal (tanto en persona como por teléfono) entre UW Health y la(s) persona(s) designada(s) en este formulario. No permite la divulgación de copias del expediente médico.

Mensajes de voz: Los Proveedores Médicos de UW Health y su personal reconocen que la confidencialidad es una parte muy importante de su relación con ellos. Para proteger su confidencialidad, no dejarán mensajes de forma rutinaria en su sistema personal de mensajes (buzón de voz o contestador automático, ni con su cónyuge, familiar o cualquier otro individuo) a menos que usted dé específicamente su permiso para hacerlo. Esta autorización puede ser utilizada para compartir información en la forma que usted especifique.

No tiene obligación de firmar: No tiene ninguna obligación de firmar este formulario, y puede negarse a hacerlo. Excepto en lo permitido bajo las leyes pertinentes, los Proveedores Médicos de UW Health no pueden negarse a proporcionarle tratamiento ni 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.

Firmas: Generalmente, si tiene 18 años o más, usted es la única persona a la que se permite firmar un formulario para autorizar la divulgación de su información médica. 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, Opción 3.



AUTHORIZATION FOR VERBAL COMMUNICATION AND/OR TO LEAVE VOICE MAIL MESSAGES

This does not authorize release of copies of medical records – Use form UWH1280490-DT Authorization for Disclosure of Protected Health Information Fax: (608) 662-4444

Index to Auth-Communication

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	

2. Information to be Disclosed: Verbal communication only re: patient’s care – **no copies of medical records provided**

3. Verbal Communication Between:

See Spanish Version **and:** Name: See Spanish Version
 (list name of healthcare facility or specific healthcare provider/staff member. Listing “UW Health” will cover all UW Health locations) (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 for the patient 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 back of form for notice regarding voice mail messages)

AND/OR

Leave MESSAGE WITH AN INDIVIDUAL who answers the phone at the number provided in the box immediately 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:

Give specific expiration date or write indefinite: _____

****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. 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:** See Spanish Version

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

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

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING AUTHORIZATION FOR VERBAL COMMUNICATION AND/OR TO LEAVE VOICE MAIL MESSAGES

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.

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, Option 3.

Verbal Communication Only: This authorization allows for verbal communication (both in person and on the telephone) between UW Health and the designated person(s) on this form. It does not allow for copies of medical records to be released.

Voice Mail Messages: UW Health care providers and their staff recognize confidentiality as a very important part of your relationship with them. To protect your confidentiality, they will not routinely leave messages on your personal messaging system (voice mail or answering machine or with your spouse, family members or any other individual) unless you specifically give your permission to do so. This authorization may be used to share this information in the manner that you specify.

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.

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, Option 3.