

Fecha: _____	E#: (Office Use) _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección del paciente: _____	Número de teléfono: _____

YO AUTORIZO: N.E.W. Community Clinic 610 N. Broadway Green Bay, WI 54303 P: (920) 437-7206 F: (920) 436-3876 (Medicina General) F: (920) 437-9480 (Salud Mental) F: (920) 489-8233 (Dental)	PARA INTERCAMBIAR PHI CON: _____ Individuo u Organización _____ Dirección Número de teléfono _____ Ciudad, Estado, Código postal
--	--

CON EL PROPOSITO DE:

Asistencia continua
 Uso Personal
 Manejo del caso
 Otros: _____

Es decir, a solicitud del cliente para uso propio, atención continua, manejo de casos, autorización para continuar un tratamiento, pago de beneficios, etc. El tipo y la cantidad de información que se divulgará o utilizará en el periodo de fechas siguientes:

De: _____	Hasta: _____
<input type="checkbox"/> AODA y/o Resumen de alta psiquiatría que puede incluir información sobre el VIH	<input type="checkbox"/> Lista de Medicamento
<input type="checkbox"/> Informes AODA y/o Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Informes OT/RT/PT
<input type="checkbox"/> Informes psicológicos	<input type="checkbox"/> Exámenes Físicos
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio/ rayos x	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Informes del trabajador social/ casos	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento
<input type="checkbox"/> Notas del progreso	
<input type="checkbox"/> Entre otros reportes (por favor especifique): _____	

La información puede ser compartida de la siguiente forma:

Persona
 Teléfono
 Fax
 Correo Postal
 Electrónico

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA AUTORIZACION:

Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información que será compartida: Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o recibir una copia de información que será usada o divulgada.

Derecho a recibir una copia de esta autorización: Entiendo que si acepto firmar esta autorización, lo cual no estoy obligado(a) a hacer, puedo solicitar una copia firmada del formulario.

Derecho a negarse a firmar esta autorización: Entiendo que no tengo la obligación de firmar este formulario y que la(s) persona(s) u organización(es) mencionada(s) arriba no pueden condicionar mi plan de tratamiento, pagos o elegibilidad para beneficios de atención médica en mi decisión de firmar esta autorización.

Derecho a retirar esta autorización: Entiendo que es necesaria una notificación por escrito para cancelar esta autorización. Para obtener información sobre como retirar o recibir una copia de mi retiro, Puedo comunicarme con N.E.W Community Clinic. Soy conciente de que mi retiro no será efectivo para los usos y/o divulgaciones de la información de mi salud para la persona(s) u organizaciones(s) mencionadas anteriormente y que ya se hizo referencia en esta autorización. N.E.W. Community Clinic no condicionara el tratamiento en la finalización de esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación.

Divulgación adicional: Entiendo que si las personas u organizaciones a las que autorizo a recibir y/o usar la información de salud protegida no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información de la salud, pueden divulgar información protegida de la salud y es posible que ya no este protegida por las leyes federales de privacidad de información médica. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente.

Fecha de Vencimiento: Esta autorización es efectiva (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos de que se indique lo contrario.

Por favor sea específico. Fecha _____ (Opcional)

 Firma del paciente/Persona autorizada Relación Fecha y Dia

Imprimir Nombre/Presenciado Por

Esta copia confidencial del registro del caso de la N.E.W. Community Clinic no puede ser duplicado, copiar o divulgar sin el consentimiento de la persona a quien pertenece la información.

Reafirmación y prórroga (Si se necesita tiempo adicional para cumplir con el propósito de este comunicado)
 Confirmando que este lanzamiento sigue siendo válido y me gustaría extender el lanzamiento hasta: _____
Nueva fecha y Hora

Firmado: _____ **Fecha:** _____ **Testigo:** _____

Revocación de la ROI: Solicito que esta Autorización de Divulgación de Información sea revocada el: _____
 Firma: _____ Fecha _____