

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

## Autorización Para Compartir Información

### Sharing of Information Authorization

Página 1 de 5

Page 1 of 5

<b>A</b> <b>Paciente</b> <b>Patient</b>	Apellido anterior (si hubiera) <i>(Previous last name (if any))</i>		Número de teléfono de día <i>(Daytime phone number)</i>		
	Dirección <i>(Address)</i>				
	Ciudad <i>(City)</i>		Estado <i>(State)</i>	Código postal <i>(ZIP)</i>	
<b>B</b> <b>Quién tiene la información a ser divulgada</b> <b>Who has the information that is to be disclosed</b>	<input type="checkbox"/> Marshfield Clinic Health System/Family Health Center 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Phone: 1-800-782-8581, ext. 7-5687				
	<input type="checkbox"/> Otro <i>(Other)</i> _____ Dirección <i>(Address)</i> _____ Ciudad <i>(City)</i> _____ Estado <i>(State)</i> _____ Código postal <i>(ZIP)</i> _____ Número de teléfono <i>(Phone number)</i> _____ Fax <i>(Fax)</i> _____				
<b>C</b> <b>A quién se debe divulgar la información</b> <b>To whom the information should be disclosed</b>	Nombre <i>(Name)</i>		Número de teléfono <i>(Phone number)</i>		
	Atención <i>(Attention)</i>		Fax <i>(Fax)</i>		
	Dirección <i>(Address)</i>				
	Ciudad <i>(City)</i>		Estado <i>(State)</i>		Código postal <i>(ZIP)</i>
<b>D</b> <b>Información médica o de otro tipo a ser compartida con familiares u otras personas</b> <b>Medical or other information to be shared with relatives or other persons</b> Marque (✓) las casillas para indicar la información que desea compartir <i>Check (✓) box(es) to indicate the information you want shared</i>	<input type="checkbox"/> La información sobre el tratamiento médico puede divulgarse: por escrito o mediante comunicaciones verbales, correo de voz, verificación de citas (excepto tratamientos de salud mental, tratamientos de AODA, resultados del análisis de VIH) <i>Medical treatment information can be disclosed: written or verbal communication, voice mail, appointment verification (excluding mental health treatment, AODA treatment, HIV test results)</i>				
	Marque los siguientes elementos que pueden compartirse: <i>Check individual items below that can be shared:</i>				
	<input type="checkbox"/> Notas sobre los tratamientos de salud mental <i>Mental health treatment notes</i>		<input type="checkbox"/> Mi Marshfield Clinic – gestión en línea de la salud <i>My Marshfield Clinic – online health management</i>		
	<input type="checkbox"/> Tratamiento del alcoholismo o adicción a otras drogas <i>Alcohol and other drug therapy</i>		<input type="checkbox"/> Tratamiento de VIH/SIDA, incluidos los resultados del análisis <i>Treatment of HIV/AIDS, including test results</i>		
	<input type="checkbox"/> Notas sobre neuropsicología <i>Neuropsychology notes</i>		<input type="checkbox"/> Autorizo la divulgación de mis registros médicos (lo cual podría incluir la autorización en mi nombre, para la divulgación de mis registros existentes en diferentes instituciones) <i>Authorize release of my medical records (which may include authorizing release of medical records to other facilities on my behalf)</i>		
	<input type="checkbox"/> Mi número de historia médica <i>My medical history number</i>				
	<input type="checkbox"/> Dental <i>Dental</i>				
	<input type="checkbox"/> Investigación <i>Research</i>				
	Continuación <i>(Continued)</i>				

# Autorización Para Compartir Información (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
<p><b>D</b></p> <p>Continuación <i>Continued</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Información de facturación de mi cuenta, que puede incluir información sanitaria <i>Billing information about my account which may include health information</i></p> <p><input type="checkbox"/> Médico de Marshfield Clínic Health System (i.e mi esposo(a), hijo(a), padre o madre) puede acceder mi registro médico electrónico (EMR, por sus siglas en inglés) <i>Physician at Marshfield Clinic Health System (e.g. my spouse, parent, child) can access my electronic medical record (EMR)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Información específica a continuación: Diagnóstico _____ <i>Specific information as follows: Diagnosis</i></p> <p>Proveedor _____ Rango de fechas _____ <i>Provider Date range</i></p>			
<p><b>E</b></p> <p>Divulgación especial de un registro médico por parte de un menor de edad <i>Special medical record release by minor</i></p>	<p>Soy menor de edad y he recibido atención médica que me exige o me permite otorgar mi consentimiento para divulgar los registros médicos de esta atención a mi padre, madre o a otra persona. <i>I am a minor and I have received medical care that requires or allows me to consent to the release of medical records of this care to my parents or any one else.</i></p> <p>Marque (✓) las casillas de los registros médicos que se divulgarán: <i>Check (✓) boxes of medical records to be disclosed:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Atención ambulatoria por alcoholismo u otras adicciones a las drogas (12 años de edad o más) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación) <i>Outpatient alcohol or other drug dependency care (12 years or older) (parent may also be required to sign below)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Atención hospitalaria por alcoholismo u otras adicciones a las drogas, desintoxicación únicamente (12 años de edad o más) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación) <i>Inpatient alcohol or other drug dependency care – detoxification only (12 years or older) (parent may also be required to sign below)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Violación o agresión/abuso sexual (12 años de edad o más) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación) <i>Rape or sexual assault/abuse (12 years or older) (parent may also be required to sign below)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Atención ambulatoria de salud mental (14 años de edad o más) <i>Outpatient mental health care (14 years or older)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Atención hospitalaria de salud mental (14 años de edad o más) <i>Inpatient mental health care (14 years or older)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Notas sobre neuropsicología (14 años de edad o más) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación) <i>Neuropsychology notes (14 years or older) (parent may also be required to sign below)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Resultados del análisis de VIH/SIDA (14 años de edad o más) <i>HIV/AIDS test results (14 years or older)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual (17 años de edad o menos) <i>Sexually transmitted disease (17 years or younger)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Prueba de embarazo (17 años de edad o menos) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación) <i>Pregnancy test (17 years or younger) (parent may also be required to sign below)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pastillas o dispositivos anticonceptivos (17 años de edad o menos) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación) <i>Birth control pills or devices (17 years or younger) (parent may also be required to sign below)</i></p> <p>Continuación (Continued)</p>			

# Autorización Para Compartir Información (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
<b>E</b> Continuación <i>Continued</i>	<input type="checkbox"/> Atención por embarazo o atención al recién nacido (17 años de edad o menos) <i>Pregnancy-related care or care of newborn (17 years or younger)</i>  <input type="checkbox"/> Médico de Marshfield Clinic Health System (i.e mi esposo(a), hijo(a), padre o madre) puede acceder mi registro médico electrónico (EMR, por sus siglas en inglés) incluyendo pero no limitado a la información arriba indicada (se podría requerir también que el padre o la madre firmen abajo) <i>Physician at Marshfield Clinic Health System (e.g. my spouse, parent, child) can access my electronic medical record (EMR) including but not limited to information above (parent may also be required to sign below)</i>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span data-bbox="324 598 511 651">Firma del paciente <i>Patient signature</i></span> <span data-bbox="1282 577 1526 651">_____/_____/_____ Fecha (m/d/a) <i>Date (m/d/y)</i></span> </div>			
<b>F</b> <b>Vencimiento</b> Marque (✓) la casilla para indicar el vencimiento de acuerdo con esta solicitud <b>Expiration</b> Check (✓) box to indicate the expiration per this request	Esta autorización permanecerá en vigencia: <i>This authorization will remain in effect:</i> <input type="checkbox"/> Desde la fecha de la firma de la misma hasta el día ____ del mes de _____ de 20 ____ <i>From the date this authorization is signed until the # day of</i> <input type="checkbox"/> Hasta que cancele esta autorización por escrito. <i>Until you cancel this authorization in writing</i> <input type="checkbox"/> Hasta que ocurra el siguiente evento, especificar el evento _____ <i>Until the following event occurs, specify event</i> <input type="checkbox"/> Otro, especificar _____ <i>Other, specify</i>			

**G**  
Con su firma, usted autoriza específicamente el uso y la divulgación de la información anteriormente seleccionada. Tuve la oportunidad de revisar y entender el contenido de esta autorización, incluidos los avisos que aparecen más abajo.  
*By signing this, you specifically authorize the use and disclosure of the information you selected above. You acknowledge that you have reviewed and understand this authorization form, including the notices below.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Representante legal del paciente)  
*Patient signature (Patient's legal representative)*

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)  
*(Relationship to patient)*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de firma (m/d/a)  
*Signature date (m/d/y)*

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono  
*Phone number*

Envíe la autorización para: Health Information management, HM2, Marshfield Clinic Health System,  
1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449 Fax: 715-389-0564 E-mail: himspec@marshfieldclinic.org  
Send completed authorization to: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System,  
1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449 Fax: 715-389-0564 E-mail: himspec@marshfieldclinic.org

# Autorización Para Compartir Información (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

**Notificación de nueva divulgación para el paciente:** Si las personas u organizaciones mencionadas en la portada de este formulario no fueran proveedores de atención médica ni centros de información de atención médica, o planes de salud, es posible que la información médica divulgada como resultado de esta autorización ya no esté protegida bajo las normas de privacidad del gobierno federal si dichas personas u organizaciones volvieren a divulgar la información relacionada con mi salud.

**Redisclosure notice to patient:** *If the person(s) and/or organization(s) listed on the front side are not health care providers, health care clearinghouses, or health plans, the health information disclosed as a result of your authorization may no longer be protected by the Federal privacy standards if such person(s) and/or organization(s) redisclose your health information.*

**Aviso de divulgación a la persona que recibirá los registros médicos del paciente:** A menos que lo autorice la Sección 146.82 de los estatutos de Wisconsin, se le prohíbe hacer otras divulgaciones posteriores sobre los registros de atención médica del paciente sin el consentimiento posterior por escrito de la persona a la que le pertenecen dichos registros.

**Disclosure notice to recipient of patient health care records:** *Unless otherwise authorized by Section 146.82 of the Wisconsin Statutes, you are prohibited from making any further disclosure of patient health care records without the specific written authorization of the person who is the subject of such records.*

**Notificación de divulgación al destinatario de registros de tratamiento de salud mental, alcoholismo y/o drogadicción:**

Esta información le ha sido divulgada de nuestros registros cuya confidencialidad se protege por ley federal. La ley federal (42 CFR parte 2) le prohíbe hacer cualquier divulgación posterior sin la autorización por escrito de la persona que es el sujeto de dicha información o según lo permitan dichas normas. Una autorización general de divulgación de información médica y de otro tipo NO es suficiente para este fin.

**Disclosure notice to recipient of mental health, alcohol and/or drug treatment records:** *This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by federal law. Federal regulations (42 CFR Part 2) prohibit you from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person who is the subject of such information or as otherwise permitted by such regulations. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose.*

**Sus derechos con respecto a esta autorización**  
**Your rights with respect to this authorization**

- **Derecho a recibir copia de esta autorización** – Tiene el derecho a conservar una copia de la presente autorización.  
*Right to receive copy of this authorization – You have the right to receive a copy of this authorization.*
- **Derecho a negarse a firmar esta autorización** – Tiene el derecho de no acceder a la firma de la presente autorización. Las personas u organizaciones indicadas arriba no pueden condicionar el tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios de atención médica en base a su decisión de firmar esta autorización excepto en cuanto a:
  - tratamiento relacionado con investigaciones
  - inscripción en un plan de salud o elegibilidad
  - la disposición de la atención médica que es únicamente para crear información médica protegida para divulgarla a un tercero*Right to refuse to sign this authorization – You have the right to refuse to sign this authorization. The person(s) and/or organization(s) listed above may not condition treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for health care benefits on your decision to sign this authorization except regarding:*
  - *research-related treatment*
  - *health plan enrollment or eligibility*
  - *the provision of health care that is solely for the purpose of creating protected health information for disclosure to a third party*
- **Derecho a retirar esta autorización** – Entiende que si quiere cancelar esta autorización, debe hacerlo por escrito. Para obtener un formulario para cancelar esta autorización, puede contactar al departamento de gestión de información médica (registros médicos) (Health Information Management). Entiende que su cancelación no será efectiva en cuanto a los usos o divulgaciones de su información médica que las personas u organizaciones indicadas arriba ya hayan hecho antes de recibir el formulario de cancelación. Entiende que si la autorización se obtuvo como condición de conseguir cobertura de seguro, otra ley otorga al asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza o la póliza misma.  
*Right to withdraw this authorization – You understand that if you want to cancel this authorization, you must do so in writing. To obtain a form to cancel this authorization, you may contact the Health Information Management (medical records) department. You*

## Autorización Para Compartir Información (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

*understand that your cancellation will not be effective as to uses and/or disclosures of your health information that the person(s) and/or organization(s) listed above have made prior to the receipt of your cancellation form. You understand that if the authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage, other law provides the insurer with the right to contest a claim under policy or the policy itself.*

- *El derecho de inspeccionar una copia de la información médica que usará o divulgará – Entiende que tiene el derecho de inspeccionar o copiar (se pueden proporcionar copias con el pago de una cuota razonable) la información médica que ha autorizado que se use o divulgue con este formulario de autorización. Puede hacer arreglos para inspeccionar su información médica u obtener copias de la información médica por medio del contacto con el departamento de gestión de información médica (registros médicos).*

*Right to inspect a copy of the health information to be used or disclosed – You understand that you have the right to inspect or copy (may be provided at a reasonable fee) the health information you have authorized to be used or disclosed by this authorization form. You may arrange to inspect your health information or obtain copies of your health information by contacting the Health Information Management (medical records) department.*

- *Resultados del análisis de VIH – Los resultados de su análisis de VIH pueden ser divulgados sin autorización a personas/organizaciones que tienen acceso bajo la ley de Wisconsin y se puede solicitar una lista de esas personas/organizaciones.*

*HIV test results – Your HIV test results may be released without your authorization to persons/organizations that have access under Wisconsin law and a list of those persons/organizations is available upon request.*

- *Registros de tratamiento de salud mental – Tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de sus registros de tratamiento de salud mental al grado requerido por HFS 92.05 y 92.06 del código administrativo de Wisconsin.*

*Mental health treatment records – You have the right to inspect and receive a copy of your mental health treatment records to the extent required by HFS 92.05 and 92.06 of the Wisconsin Administrative Code.*