

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

Descargo de Autorización de Información *Release of Information Authorization*

A Paciente <i>Patient</i>	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 Quien posee la información que se divulgará <i>Who has the information that is to be released</i>	<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"/> _____				
	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 _____				
C A quien se debe divulgar la información <i>To whom the information should be released</i>	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>
D Registros médicos u otros registros que se divulgarán <i>Medical records</i> Marque (✓) las casillas de los registros que se divulgarán de acuerdo con esta solicitud (si un menor de edad firma esta autorización, consulte la sección "Divulgación especial de un registro médico por parte de un menor de edad")	Registros médicos: <i>Medical records:</i>		<input type="checkbox"/> Consultas <i>Consults</i> <input type="checkbox"/> Recetas <i>Prescriptions</i> <input type="checkbox"/> Correspondencia <i>Correspondence</i> <input type="checkbox"/> Registros de la escuela <i>School records</i> <input type="checkbox"/> Informes de rayos X <i>(Vea la sección F)</i> <i>X-ray reports (See Section F)</i>		<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos <i>Surgical reports</i> <input type="checkbox"/> Registros del hospital <i>Hospital records</i> <input type="checkbox"/> Vacunaciones <i>Immunizations</i> <input type="checkbox"/> Atención odontológica <i>Dental</i> <input type="checkbox"/> Formularios/Reportes de opiniones <i>Forms/Opinion reports</i>
	<input type="checkbox"/> Notas e historia clínica <i>Medical history and notes</i> <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología <i>Laboratory/Pathology reports</i> <input type="checkbox"/> Registros de facturación/financieros <i>Billing/Financial records</i> <input type="checkbox"/> Resultados del análisis de VIH/SIDA <i>HIV/AIDS test results</i> <input type="checkbox"/> Expediente medico de terceros <i>Third-party records</i> <input type="checkbox"/> Por médico específico, por diagnóstico específico o un rango de fecha específico _____ <i>By specific doctor, for a specific diagnosis or a specific date range</i> <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____ <i>Other, specify</i>		continuación <i>(continued)</i>		

Descargo de Autorización de Información (Continuación)

Nombre del paciente Patient name	MHN MHN	F. nac. DOB	Edad Age	Sexo Gender
<p>D</p> <p>Medical records or other records to be disclosed</p> <p>Check (✓) box(es) of the records to be released per this request (if minor is signing this authorization, see section titled "Special medical record release by minor")</p>	<p>Registros sobre salud mental o adicción al alcohol y a otras drogas, o registros de neuropsicología: Mental health/alcohol & other drug abuse/neuropsychology records:</p> <p>Especificar la institución (Specify facility): <input type="checkbox"/> Marshfield Clinic Health System <input type="checkbox"/> Family Health Center</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental Y/O <input type="checkbox"/> Adicción al alcohol y a otras drogas Y/O <input type="checkbox"/> Neuropsicología Mental health AND/OR Alcohol & other drug abuse AND/OR Neuropsychology</p> <p><input type="checkbox"/> Por médico específico, por diagnóstico específico o un rango de fecha específico _____ By specific doctor, for a specific diagnosis or a specific date range</p> <p><input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ Other, specify</p>			
<p>E</p> <p>Películas de radiología, muestras de patología o fotografías que se divulgarán Radiology films, pathology slides, or photographs to be disclosed</p>	<p>Marque (✓) las casillas a continuación con las películas, muestras o fotografías que se divulgarán de acuerdo con esta solicitud: Check (✓) boxes below for the films, slides or photographs to be released per this request:</p> <p><input type="checkbox"/> Radiografía original de _____ <input type="checkbox"/> Fecha de envío (m/d/a) ____ / ____ / ____ Original x-ray of Mailed date (m/d/y)</p> <p><input type="checkbox"/> Fotografías (definir tipo _____) (Regresar las películas/muestras prestadas dentro de los 30 días) Photographs (define type) (Return loaned films/slides within 30 days)</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de entrega (m/d/a) ____ / ____ / ____ Pick up date (m/d/y)</p> <p><input type="checkbox"/> Muestras de patología de _____ Por _____ Pathology slides of By</p>			
<p>F</p> <p>Método de divulgación Method of release</p>	<p><input type="checkbox"/> Correo electrónico (se requiere el uso de la codificación) Emailed (use of encryption required)</p> <p>Dirección de correo electrónico _____ Email address</p> <p><input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____ Paper Other, specify</p> <p><i>Nota: La información suministrada electrónicamente se encuentra en formato PDF y está codificada.</i> Note: Information supplied electronically is in PDF format and is encrypted.</p>			

Descargo de Autorización de 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>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

G
Divulgación especial de un registro médico por parte de un menor de edad
Special medical record release by minor

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 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.

Marque (✓) las casillas de los registros médicos que se divulgarán:
Check (✓) boxes of medical records to be disclosed:

- 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)
Outpatient alcohol or other drug dependency care (12 years or older) (parent may also be required to sign below)
- 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)
Inpatient alcohol or other drug dependency care – detoxification only (12 years or older) (parent may also be required to sign below)
- Violación o agresión/abuso sexual (12 años de edad o más) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación)
Rape or sexual assault/abuse (12 years or older) (parent may also be required to sign below)
- Atención ambulatoria de salud mental (14 años de edad o más)
Outpatient mental health care (14 years or older)
- Atención hospitalaria de salud mental (14 años de edad o más)
Inpatient mental health care (14 years or older)
- Notas sobre neuropsicología (14 años de edad o más) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación)
Neuropsychology notes (14 years or older) (parent may also be required to sign below)
- Resultados del análisis de VIH/SIDA (14 años de edad o más)
HIV/AIDS test results (14 years or older)
- Enfermedad de transmisión sexual (17 años de edad o menos)
Sexually transmitted disease (17 years or younger)
- Prueba de embarazo (17 años de edad o menos) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación)
Pregnancy test (17 years or younger) (parent may also be required to sign below)
- Pastillas o dispositivos anticonceptivos (17 años de edad o menos) (es posible que el padre o la madre también deba firmar a continuación)
Birth control pills or devices (17 years or younger) (parent may also be required to sign below)
- Atención por embarazo o atención al recién nacido (17 años de edad o menos)
Pregnancy-related care or care of newborn (17 years or younger)
- 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)
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)

Firma del paciente _____ Fecha (m/d/a) _____
Patient signature Date (m/d/y)

Descargo de Autorización de 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>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

H
Motivo de la divulgación
Reason for the release

Marque (✓) la casilla a continuación para indicar el motivo de la divulgación de acuerdo con esta solicitud:
Check (✓) box below to indicate the reason for the release per this request:

<input type="checkbox"/> Continuidad de las necesidades de atención médica <i>Continuing health care needs</i>	<input type="checkbox"/> Discapacidad <i>Disability</i>
<input type="checkbox"/> Coordinación de la atención o gestión de los casos <i>Care coordination or case management</i>	<input type="checkbox"/> Transferencia del cuidado <i>Transfer of care</i>
<input type="checkbox"/> Examen preocupacional o evaluación médica <i>Preemployment or medical evaluation</i>	<input type="checkbox"/> Segunda opinión/derivación <i>Second opinion/referral</i>
<input type="checkbox"/> Facturación, cobro o pago de los reclamos <i>Billing, collection or payment of claims</i>	<input type="checkbox"/> Personal <i>Personal</i>
<input type="checkbox"/> Examen médico posocupacional <i>Post-employment testing or medical</i>	<input type="checkbox"/> Asistencia financiera <i>Financial assistance</i>
<input type="checkbox"/> Determinación del empleo (enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo) <i>Employment determination (non-work-related illness or injury)</i>	<input type="checkbox"/> Litigios <i>Litigations</i>
	<input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ <i>Other, specify</i>

I
Vencimiento
Expiration

Marque (✓) la casilla para indicar el vencimiento de acuerdo con esta solicitud
Check (✓) box to indicate the expiration per this request

Esta autorización permanecerá en vigencia:
This authorization will remain in effect:

<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 (date)</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>

J 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.

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

Si está autorizando la divulgación de un registro médico de Marshfield Clinic Health System a una organización o persona externa, envíe la autorización completa a: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-6992 E-mail: medicalrecords@marshfieldclinic.org
If authorizing release of Marshfield Clinic Health System medical records to an outside organization/person, send completed authorization to: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-6992 E-mail: medicalrecords@marshfieldclinic.org

Para cualquier otra autorización incluyendo, sin estar limitados a formularios para discapacidad/FMLA a ser enviados a compañías de seguro, empleadores, enviar la autorización a: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-5847 E-mail: disability@marshfieldclinic.org
For any other authorizations, including but not limited to disability/FMLA forms to be sent to insurance companies, employers, etc., send completed authorization to: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-5847 E-mail: disability@marshfieldclinic.org

Nota: Esta autorización será regresada y los récords serán retrasados si todas las secciones requeridas no han sido completadas
Note: This authorization will be returned and records will be delayed if all required sections are not completed.

Descargo de Autorización de 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

Descargo de Autorización de 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><i>authorization, you may contact the Health Information Management (medical records) department. You 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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>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).</i> <i>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.</i> 				<ul style="list-style-type: none"> <i>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.</i> <i>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.</i> <i>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.</i> <i>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.</i>