|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Care and Treatment Services  F-02786S (03/2025) | **WISCONSIN**  Wisconsin Statutes  §§ 146.81-84, 252.15, 938.78 and 51.30  Federal Regulations  42 CFR Part 2 & 45 CFR Parts 160 and 164 | | | |
| **Autorización para uso y divulgación**  **de información médica protegida (PHI) del WRC**  **WRC Authorization for Use and Disclosure**  **of Protected Health Information (PHI)** | | | | |
| **Persona/agencia autorizada para divulgar información médica protegida (PHI)** | | | | |
| Nombre – Persona/Agencia | | Número de teléfono | Número de fax | |
|  | |  |  | |
| Dirección | | Ciudad | Estado | Código postal |
|  | |  |  |  |
| **Sujeto de información médica protegida (Residente/Paciente)** | | | | |

| Nombre – Residente/Paciente | | | Número de DOC | | | | Unidad de vivienda | | Fecha de nacimiento | | | Número de teléfono |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  |
| Dirección | | | | | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal |
|  | | | | | | |  | | |  | |  |
| **Destinatario de información médica protegida** | | | | | | | | | | | | |
| Nombre – Persona/Agencia (por ejemplo, abogado, médico, residente/paciente, familia) | | | | | | | Número de teléfono | | | Número de fax | | |
|  | | | | | | |  | | |  | | |
| Dirección | | | | | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal |
|  | | | | | | |  | | |  | |  |
| **Aviso**: Los registros del Wisconsin Resource Center (WRC) que contienen información médica protegida (PHI) pueden incluir un registro de atención médica de la Division of Adult Institutions y/o la Division of Juvenile Corrections, un archivo de servicios sociales o un archivo de la Division of Community Corrections. Los registros incluyen los creados y los no creados por los proveedores de atención médica del WRC. La divulgación de PHI puede ser escrita, electrónica o verbal. | | | | | | | | | | | | |
| **Información médica protegida específica autorizada para su uso/divulgación** | | | | | | | | | | | | |
| **Lea atentamente y marque las casillas correspondientes.** | | | | | | | | | | | | |
|  | **Divulgación bidireccional.** Al marcar esta casilla, autorizo a las personas/agencias nombradas en esta autorización a divulgar entre sí la PHI identificada a continuación de forma continua durante la duración de esta autorización. | | | | | | | | | | | |
|  | **Marque esta casilla si se puede divulgar una copia de un registro completo y explique a continuación por qué se necesita el registro completo.** El registro completo incluye todos los tipos de información que se enumeran a continuación más correspondencia, consentimientos/rechazos, hojas de administración de medicamentos, diagramas de flujo y documentos diversos. Si se marca esta casilla, no es necesario marcar las casillas de la sección siguiente.  **Explique:**       . | | | | | | | | | | | |
| **Documentos autorizados para su uso/divulgación** | | | | | | | | | | | | |
| Lista de problemas  Registro de inmunizaciones y resultados de pruebas de tuberculosis  Historial médico/examen físico  Notas de progreso  Órdenes/medicamentos del médico  Consultas  Resultados de laboratorio | | | | | | Informes de imágenes médicas (radiografías, resonancias magnéticas, etc.)  Psiquiátrico (puede incluir diagnósticos AODA/SUD)  Psicológico (puede incluir diagnósticos AODA/SUD)  Información de tratamiento/programa AODA/SUD  Óptico  Dental  Carpeta de solicitud del paciente/OnBase (por ejemplo, solicitudes de servicios de salud, solicitudes para resurtir medicamentos/suministros médicos) | | | | | | |
| **Esta autorización puede incluir información médica, de salud mental, de discapacidad del desarrollo y de abuso de alcohol/drogas/trastorno por uso de sustancias, así como los resultados de pruebas de VIH, a menos que se excluyan a continuación.** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Describa el período de tiempo de los registros indicando las fechas de inicio y finalización.**  Si no se indican las fechas, se proporcionarán los registros de los 12 meses más recientes. | | | | | | | | | | | | |
| Desde: | | | | | | Hasta: | | | | | | |
| Si la autorización se limita o incluye una condición(es) médica(s) o de salud mental específica(s) para jóvenes/menores, describa (incluya el período de tiempo): | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Utilice F-24319A para obtener información sobre la ubicación de los residentes del WRC. | | | | | | | | | | | | |
| **Propósito o necesidad de divulgar información médica protegida (marque la categoría correspondiente)** | | | | | | | | | | | | |
| Atención médica/tratamiento continuo | | Revisión por parte del paciente | | | | | | Representación legal/procedimientos (judiciales/administrativos) | | | | |
| Coordinación de la atención de elegibilidad para servicios/beneficios | | Revisión por parte de un familiar/amigo | | | | | |  | | | | |
| Otro: | | | | | | | | | | | | |
| **Derechos de los Residentes/Pacientes** | | | | | | | | | | | | |
| **Derecho a recibir copia de esta autorización**. Los residentes/pacientes tienen derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo.  **Derecho a negarse a firmar esta autorización**. WRC no puede condicionar el tratamiento ni el pago del tratamiento basándose en la decisión de un residente/paciente de no firmar este formulario, excepto para el tratamiento relacionado con la investigación y la provisión de atención médica con el único fin de crear PHI para su divulgación a un tercero.  **Derecho a retirar esta autorización**. Los residentes/pacientes tienen derecho a revocar esta autorización en cualquier momento llenando el formulario de Revocación de autorización para uso/divulgación de PHI F-02787 o equivalente. La revocación entra en vigencia cuando el WRC u otra persona/agencia autorizada para divulgar PHI, recibe el formulario y no es efectiva con respecto a los usos/las divulgaciones de PHI realizados antes de recibir el F-02787 o equivalente.  **Nueva divulgación**. Si un residente/paciente autoriza la divulgación a una persona/agencia no cubierta por las leyes que prohíben la nueva divulgación, esa persona/agencia puede volver a divulgar la PHI. Si se han divulgado los registros de trastornos por uso de sustancias (SUD/AODA):  El registro que ha sido divulgado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Part 2). Las reglas federales prohíben que se haga cualquier divulgación adicional de este registro a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga en este registro o, de otra manera, esté permitida por 42 CFR Part 2. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto lo dispuesto en las §§ 2.12(c)(5) y 2.65.  **Derecho a inspeccionar y/o copiar PHI**. Los residentes/pacientes tienen derecho a inspeccionar y obtener copias de la PHI por una tarifa razonable utilizada/divulgada según este formulario. A excepción de los registros de medicación/tratamiento somático, un director/designado de un centro de tratamiento para enfermedades mentales, discapacidad del desarrollo y abuso de alcohol o drogas puede negar ese derecho durante el tratamiento en algunas circunstancias. Wis. Stats. §51.30 Wis. Admin. Code §§ DHS 92.03-92.06.  **Autoridad para firmar F-02786**. Un adulto es una persona mayor de 18 años.   * Los adultos pueden firmar el formulario con respecto a todo tipo de PHI sobre ellos mismos. * Un tutor designado por el tribunal de la persona o un agente en virtud de un Poder notarial para atención médica (POAHC) activado puede firmar el formulario para el adulto o el interesado incompetente con respecto a todos los tipos de PHI, a menos que estén restringidos por las Cartas de tutela o el documento de POAHC. | | | | | | | | | | | | |
| **Vencimiento de la autorización: fecha/evento** | | | | | | | | | | | | |
| Esta autorización está en vigor hasta la siguiente fecha o evento: | | | | | . | | | | | | | |
| Si no se indica la fecha/evento, esta autorización se vence un año después de la fecha de la firma. | | | | | | | | | | | | |
| He leído o me han leído este formulario de autorización. Tuve la oportunidad de hacer preguntas. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja con exactitud mis deseos con respecto al uso y la divulgación de mi información médica protegida. Entiendo que puede haber un cargo por las copias. | | | | | | | | | | | | |
| **Firma** – Residente/Paciente | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
| **Firma** – Otra persona legalmente autorizada para dar consentimiento para la divulgación (si corresponde): | | | | Relación con el residente/paciente  Tutor legal  Padre o madre del menor  Familiares más cercanos  Agente de atención médica  Representante personal  Otro: | | | | | | | Fecha de la firma | |