**Department of Health services state of wisconsin**

Division of Medicaid Services

F-03096BS (05/2023)

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN AL KATIE BECKETT MEDICAID**

**DEL DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES (DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD)
DE WISCONSIN: específica de la clínica**

**(AUTHORIZATION TO DISCLOSE INFORMATION TO THE WISCONSIN**

**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES KATIE BECKETT MEDICAID: clinic-specific)**

**INSTRUCCIONES:** lea en su totalidad el formulario y las Instrucciones para la Autorización para Revelar información al Katie Beckett Medicaid del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin, F-03096A, antes de completar y firmar este formulario. Este formulario le permite autorizar y solicitar voluntariamente que se revelen todos sus registros médicos y educativos y otra información relacionada con su capacidad para realizar tareas. Esta autorización es válida por 12 meses desde la fecha en que la firma e incluye permisos para revelar lo siguiente:

* Todos los registros de este centro (incluyendo las copias de los registros médicos de otros centro si están incluidos en su historia clínica) relacionados con su tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria para las afecciones que se encuentran en la siguiente lista:
	+ Psicológicas, psiquiátricas u otra discapacidad mental (se excluyen las notas de psicoterapia de acuerdo con
	el 45 C.F.R. 164.501)
	+ Trastorno por consumo de sustancias, incluyendo el alcoholismo
	+ Discapacidades relacionadas con los genes, como la anemia falciforme (incluida la información de los resultados de pruebas o evaluaciones genéticas)
	+ Infecciones de transmisión sexual, incluido el HIV
* Información sobre cómo sus discapacidades afectan a su capacidad para trabajar y realizar las actividades de la vida diaria
* Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluidos los programas educativos indivudializados, evaluaciones psicológicas o del habla, observaciones de los maestros y cualquier otro registro que puedan ayudar a evaluar la función
* Información creada dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de esta autorización, así como la información pasada

Todos los registros mencionados arriba se pueden revelar **excepto**:

Esta información se recopilará de la siguiente clínica.

|  |
| --- |
| Nombre de la clínica      |
| Dirección de la clínica (dirección, ciudad, estado, código postal)      |
| Número de teléfono de la clínica      | Número de fax de la clínica      |
| El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud, DHS) de Wisconsin revelará y utilizará esta información para procesar su caso y determinar su elegibilidad para el Katie Beckett Medicaid. Al firmar este formulario usted acepta lo siguiente:* Su firma autorizará el uso de una copia de este formulario para revelar la información descrita anteriormente
* En algunas circunstancias, se puede revelar esta información a terceros
* Su firma autorizará a que la Disability Determination Bureau (Oficina de Determinación de Discapacidad, DDB) intercambie la información descrita arriba con la Bureau of Clinical Policy and Pharmacy (Oficina de Política Clínica y Farmacia, BCPP) y la Bureau of Children’s Services (Oficina de Servicios Infantiles, BCS)
* Puede escribirle al DHS y a otras fuentes para que revoquen esta autorización en cualquier momento.
* Si lo solicita, el DHS le dará una copia de este formulario.
* Tiene derecho a revisar o solicitar copias del material revelado y que la ley proteja la confidencialidad de sus registros.
* Ha leído el formulario en su totalidad y acepta las revelaciones anteriores de las fuentes indicadas.
 |
| **INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DE REVELACIÓN DE REGISTROS** |
| Nombre del solicitante (nombre, segundo nombre, apellido)      |
| Social Security Number (Número de Seguro Social)      | Fecha de nacimiento      |
| ¿Ha solicitado los beneficios del Social Security Insurance (Seguro Social, SSI) en los últimos tres meses o tiene intención de solicitar los beneficios del SSI en los próximos tres meses? [ ]  Sí [ ]  No |
| **FIRMA** – Personaque autoriza la revelación | Fecha de la firma |
| Nombre en letra de molde – Persona que autoriza la revelación      |
| Si la persona que firmó el formulario no es quien lo solicita, especifique la relación:[ ]  Padre/madre del menor[ ]  Poder notarial para la atención médica (proporcionar una copia del Poder notarial para la atención médica)[ ]  Tutor legal (proporcionar documentos que muestren la cita con el tribunal)[ ]  Otra (explicar)        |
| **FIRMA** – Menor**/**solicitante (Si tiene 12 años o más, debe firmar.) |
| Nombre en letra de molde – Menor/solicitante (Si tiene 12 años o más, debe firmar.)      |
| **SOLO PARA USO DE OFICINA – Completar si el trabajador documenta una firma de voz.** |
| Nombre – Persona (nombre, segundo nombre, apellido)      |
| Identificación del trabajador      | Número de teléfono del trabajador      |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) – Trabajador      |