

**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 individualizados, 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 – Persona que 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