

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del Cliente		Nombre de Soltera/Otro		Fecha de Nacimiento	
1	Individuo/ Agencia Autorizante	<input type="checkbox"/> <u>Rock County Human Services Dept.</u> ; Program or Division: _____ P.O. Box 1649, Janesville, WI 53547 <input type="checkbox"/> Otro Individuo/Agencia (Introduce nombre, correo electrónico y/o dirección) _____			
2	Recipiente de la Información	<input type="checkbox"/> <u>Rock County Human Services Dept.</u> ; Program or Division: _____ P.O. Box 1649, Janesville, WI 53547 <input type="checkbox"/> Beloit Memorial Hospital, 1969 West Hart Road, Beloit, WI 53511 <input type="checkbox"/> Mercy Health System, 1000 Mineral Point, Janesville, WI 53545 <input type="checkbox"/> Rock County Sheriff's Office, 200 Highway 14 East, Janesville, WI 53545 <input type="checkbox"/> UW Hospital & Clinics, Madison, WI <input type="checkbox"/> Otro Individuo/Agencia (Introduce nombre, correo electrónico y/o dirección) _____			
3	Intercambio Bidireccional de Información	Autorizo a esta información para ser lanzado entre las organizaciones designadas (marque uno): <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
4	Propósito/ Razón para dar información (puede dejar en blanco)	<input type="checkbox"/> Determinación de Beneficio <input type="checkbox"/> Caso de Custodia de Menor <input type="checkbox"/> Cuidado Continuo de Salud/Cuidado Coordinado/Servicios <input type="checkbox"/> Determinación de Incapacidad	<input type="checkbox"/> Reclamo de Seguro <input type="checkbox"/> Licencia del Proveedor/Certificación <input type="checkbox"/> Determinación de Licencia para Conducir <input type="checkbox"/> Otro _____		
5	Información específica a ser dada	<input type="checkbox"/> Archivos de los registros de abuso de sustancias que incluyen evaluación, evaluación, diagnósticos, plan de tratamiento y recomendaciones, ASAM y resumen de alta. <input type="checkbox"/> resultados del examen de drogas <input type="checkbox"/> Archivos de los salud mental, servicios psiquiátricos, registros de discapacidad del desarrollo. <input type="checkbox"/> Archivos de los Servicios de Protección de Menores. <input type="checkbox"/> Archivos de los Servicios de Justicia Juvenil. <input type="checkbox"/> Incluyendo una segunda revelación de archivos (describa el tipo de archivos) _____ de (nombre de la facilidad de tratamiento/otra agencia) en nuestra posesión _____. <input type="checkbox"/> Otro (Describa/Especifique) _____			
6	Expiración del Consentimiento	Yo entiendo que este consentimiento puede ser retirado por mí por escrito, en cualquier momento; excepto cuando tal acción sea posterior a la ejecución de la autorización dada. Para revocar el consentimiento, por favor envíe una solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos, P.O. Box 1649, Janesville, WI 53547. A menos que mi revocación sea previa o especificado de otra manera más abajo, este consentimiento expira doce (12) meses después de la fecha en que fue firmado. Si lo desea, especifique aquí otra fecha de expiración, condición o período de tiempo. / /			
Mediante la presente consiento y autorizo el que se comparta información como se describe en este formulario. Yo también puedo recibir una copia de este formulario de consentimiento. El cliente o la persona autorizada tiene derecho a inspeccionar y, a cambio del precio habitual, recibir copia del material que va a ser revelado. Yo entiendo que no tengo obligación alguna de firmar este formulario y que no se me negará tratamiento si me rehus a firmarlo. Los Estatutos de WI 51.30 y 252.15 requieren autorización del paciente para revelar información con fines de cobro o de pago. El recipiente de los archivos sólo podrá revelar aquella información que yo autorice a divulgar, si así lo permite la ley Entiendo que información divulgada como resultado de esta autorización no puede ser objeto de protección por las normas federales de privacidad.					
Firma del Cliente			Fecha		
Firma del Padre/Tutor Legal/POA/Otro			Parentesco		
Firma del Testigo					