

# Solicitud Interna de Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

## Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo la divulgación de la información de salud protegida para la persona mencionada anteriormente de la siguiente manera:

### PHI solicitada a Pillar Health / KCHC

- 4536 22<sup>nd</sup> Avenue, Kenosha, WI 53140
- 6226 14<sup>th</sup> Ave., Kenosha, WI 53141
- 903S. 2<sup>nd</sup> St., Silver Lake, WI 53170
- 4006 Washington Road, Kenosha, WI 53144

### Información de contacto para registros médicos/ROI

Ph. (262) 771-1700, Option 3 / Fax (262) 657-9146

### PHI proporcionada y/o enviada a:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Organización: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado, C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

to

**Fechas: Incluir desde** \_\_\_\_\_

Si no se especifican fechas, solo publicaremos los registros de los últimos 2 años

### Health Record Type (Select all that apply):

- Historial medico Registro  Registro dental  Registro de salud conductual

### Seleccione qué partes del registro médico deben divulgarse:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso             | <input type="checkbox"/> Historia y Física | <input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico    |
| <input type="checkbox"/> Lista de recetas/medicamentos | <input type="checkbox"/> Rayos X           | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Notas de consulta             | <input type="checkbox"/> Radiología        | <input type="checkbox"/> Informes de patología     |
| <input type="checkbox"/> Registros de vacunación       | <input type="checkbox"/> Correspondencia   | <input type="checkbox"/> Otro: _____               |

**Tenga en cuenta que la información sujeta a divulgación puede incluir información relacionada con pruebas, diagnóstico o tratamiento de salud mental, abuso de alcohol y drogas, VIH/SIDA y pruebas genéticas. Si lo desea, identifique cualquier información que se limitará o restringirá:**

- Abuso de alcohol y drogas  VIH/SIDA  Pruebas genéticas  
 Salud mental (excluyendo notas de psicoterapia)  Other \_\_\_\_\_

### Para los propósitos de:

- Atención médica continua  Asistencia financiera  Empleo, discapacidad o rehabilitación vocacional  
 Escuela o guardería  Consejero legal  Reclamación o solicitud de seguro  
 Cambiar de proveedor  Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización expirará en un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por escrito. Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios puede estar condicionado a la firma de esta autorización. Cuando se divulga al destinatario autorizado, esta información puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales. Si el paciente no puede firmar, la persona que firme esta autorización deberá mostrar prueba de su relación con el paciente u otra autoridad que le permita autorizar la divulgación de la información de salud del paciente.n.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Uno mismo  Padre  Guardián  Otro: \_\_\_\_\_