

**AUTORIZACION PARA COMUNICAR INFORMACIÓN DE SALUD Y FACTURACIÓN A PERSONAS DESIGNADAS**

*(AUTHORIZATION TO COMMUNICATE HEALTH AND BILLING INFORMATION TO DESIGNATED PERSONS)*

Como paciente, entiendo que soy la persona principal para recibir información de médicos y otros cuidadores con respecto a mi estado de salud, tratamiento y progreso. Sin embargo, otras personas pueden desear o tener la necesidad de recibir información sobre mi condición y servicios de atención médica. Autorizo al personal y los médicos de Hospital Sisters Health System en su propio nombre y en nombre de todos sus hospitales y entidades afiliados y Prevea Health (identificado como "HSHS") a proporcionar información verbal sobre mi **TRATAMIENTO** (salud, plan de atención, tratamiento, citas y mi condición) y **FACTURACIÓN** (información sobre mi cuenta para ayudarme con mi seguro y pagos) a las personas mencionadas a continuación con el propósito de mantenerlos informados de mi progreso o ayudar con mi cuidado. (Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de utilizar el juicio clínico para determinar con quién debemos comunicarnos basándonos en sus necesidades de atención médica, es decir, en situaciones de emergencia).

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Por la presente, autorizo a HSHS a revelar verbalmente información de salud protegida a la/s persona/s siguiente/s: (Estoy de acuerdo en que esta autorización incluye la divulgación o revelación de abuso de alcohol / drogas, resultados de pruebas de VIH y Salud Mental / Discapacidades de Desarrollo, a menos que marque la casilla correspondiente a continuación)**

|          |                    |
|----------|--------------------|
| Nombre   |                    |
| Relación | Número de Teléfono |
| Nombre   |                    |
| Relación | Número de Teléfono |
| Nombre   |                    |
| Relación | Número de Teléfono |

No autorizo a que HSHS comparta verbalmente mi información de tratamiento con otras personas, excluyendo situaciones de emergencia como se indicó anteriormente.

**NO QUIERO QUE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE SE REVELE (Según lo definido por las leyes estatales y federales aplicables):**

Abuso de alcohol y drogas       Resultados de la prueba del VIH       Salud Mental / Discapacidades del Desarrollo

**Mensaje de Voz:** A excepción de los recordatorios de citas y las consultas de facturación, entiendo que no me dejarán mensajes de correo de voz con respecto a mi salud a menos que esté de acuerdo con lo siguiente. Entiendo que los mensajes que quedan en el buzón de voz pueden estar sujetos al acceso de otros y, por lo tanto, no son una forma segura de comunicar información confidencial. Entiendo que debido a este riesgo HSHS advierte que la información de salud protegida no debe dejarse en el correo de voz. **Al marcar esta casilla, estoy de acuerdo en que HSHS puede comunicar mi información de salud indicada arriba a mí a través de mi correo de voz en el número mencionado anteriormente** y exonerar a HSHS y a sus empleados, oficiales y directores, de toda responsabilidad por cualquier revelación o consecuencia no intencional como resultado de la comunicación de mi información de salud protegida a mí de esta manera.

**AVISO DE RE-DIVULGACIÓN:** Entiendo que la información usada o divulgada basada en esta autorización posiblemente pueda volver a ser revelada por el receptor y / o ya no estar protegida por las normas federales de privacidad.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:**

**Derecho a la Información Revelada** - Yo entiendo que tengo el derecho a saber qué información ha sido revelada a las personas arriba mencionadas. **Derecho a recibir una Copia de ésta Autorización** - Yo entiendo que si Yo estoy de acuerdo a firmar ésta autorización, me será proporcionada una copia de esto. **Derecho a Negarse a Firmar Esta Autorización** - Yo entiendo que no estoy bajo obligación de firmar este formulario. El tratamiento, pago, inscripción o beneficios no pueden ser basados en mi decisión de firmar esta autorización. **Derecho a Revocar esta Autorización** - Yo entiendo que puedo revocar esta autorización. Una descripción de cómo revocar la autorización y cualquiera de las excepciones están incluidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Este aviso se encuentra

disponible en nuestra página de internet o en los escritorios para registración de los pacientes.  
**Resultados de Pruebas de VIH:** Los resultados de pruebas de VIH están protegidos bajo el estatuto 252.15 del Estado de Wisconsin y en el Acta de Confidencialidad del Estado de Illinois (410 ILCS 305 et seq) y no pueden ser divulgados sin el consentimiento/autorización por escrito, excepto a personas u organizaciones que se les ha dado acceso por la ley del Estado. Una lista de las personas u organizaciones se encuentra disponible cuando usted lo solicite.

**VENCIMIENTO:** Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta \_\_\_\_\_ o cuando yo elija revocarla.

(Indique el evento o fecha)

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Escriba su nombre

Llene lo siguiente si es firmado por otra persona que no sea el paciente:

1) El individuo es:  Menor  Legalmente incompetente o discapacitado  Falleció

2) Autoridad Legal:  Padres\*  Tutor Legal  POA Activado para Atención de Salud  Familiar cercano/albacea del fallecido

\*Al firmar arriba, Yo declaro que no se me ha negado colocación física de este niño.

Original: Chart Copy: Patient  
Patient\_HIPPA Auth to communicate  
EWD\_CC000008-4 Rev. 05/2017