



Autorización para divulgar información de salud

Aviso para el Miembro:

- Completar este formulario le permitirá a MHS Health Wisconsin compartir su información de salud con la persona o grupo que usted identifique más abajo.
- Usted no tiene que firmar este formulario o dar su autorización para compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con MHS Health Wisconsin no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Si desea cancelar este Formulario de Autorización, llene el Formulario de Revocación en la siguiente página y envíenoslo por correo a la dirección que se encuentra al pie de la página.
- MHS Health Wisconsin no puede prometer que la persona o grupo que usted autoriza para que MHS Health Wisconsin comparta su información de salud no la compartirá con alguna otra persona.
- Conserve una copia de todos los formularios completados que nos envíe. MHS Health Wisconsin puede enviarle copias si usted las necesita.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíelo por correo a la dirección que se encuentra al pie de la página.

Información del Miembro:

Nombre del Miembro (con letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del Miembro: ___/___/___ Número de ID de Medicaid del Miembro: _____

Autorizo a MHS Health Wisconsin para que comparta mi información de salud con la persona o grupo mencionado más abajo. El propósito de la autorización es ayudarme con los beneficios y servicios de MHS Health Wisconsin.

Quién tiene autorización para recibir información del miembro:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

MHS Health Wisconsin puede compartir esta Información de salud: (marque todas las casillas que correspondan)

- Toda mi información de salud; **O**
- Toda mi información de salud **EXCEPTO:**
- Información sobre medicamentos/fármacos recetados
 - Información sobre el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - Información del tratamiento por alcoholismo y/o abuso de sustancias químicas
 - Información sobre los servicios para la salud del comportamiento, o de tratamiento psiquiátrico
 - Otra: _____

Fecha de vencimiento de la autorización: ___/___/___ (ingrese la fecha de vencimiento de la autorización; a menos que haya sido cancelada posteriormente por escrito utilizando el formulario de revocación; debe escribirse la fecha, o escribir "ninguna" si no hay fecha de vencimiento)

Firma del Miembro: _____ **Fecha:** ___/___/___

(El miembro o el representante legal firmará aquí)

Si firma en nombre del miembro, describa más abajo su relación con el miembro. Si usted es el representante legal del miembro, describa eso más abajo y envíenos copias de dichos formularios (tales como poder notarial, u orden de tutela).



Revocación de la autorización para divulgar información de salud

Deseo cancelar, o revocar, la autorización que proporcioné a MHS Health Wisconsin para compartir mi información de salud con esta persona o grupo:

Información del Destinatario:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Fecha de firma de la autorización (si se conoce): ____/____/____

Información del Miembro:

Nombre del Miembro (con letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del Miembro: ____/____/____ Número de ID de Medicaid del Miembro: _____

Entiendo que mi información de salud podría ya haber sido compartida debido a la autorización que proporcioné anteriormente. También entiendo que esta cancelación únicamente corresponde a la autorización que proporcioné para compartir mi información de salud con esta persona o grupo. Esta revocación no cancela ningún otro formulario de autorización que firmé para que mi información de salud sea compartida con otra persona o grupo.

Firma del Miembro: _____ **Fecha:** ____/____/____

(El miembro o el representante legal firmará aquí)

Si firma en nombre del miembro, describa más abajo su relación con el miembro. Si usted es el representante legal del miembro, describa eso más abajo y envíenos copias de dichos formularios (tales como poder notarial, u orden de tutela).

MHS Health Wisconsin dejará de compartir su información personal cuando recibamos este formulario. Use la dirección postal de abajo. También puede llamar para obtener ayuda al número telefónico que se encuentra abajo.