

# Autorización para usar y dar a conocer la información de salud



## Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a MHS Health Wisconsin a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de MHS Health Wisconsin no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación si llama a servicios para los afiliados.
- MHS Health Wisconsin no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Llene toda la información en este formulario. Cuando termine, envíelo a la dirección que aparece al final de la primera página.

## INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):

Nombre del (la) afiliado(a) (escriba con letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Número de identificación del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Autorizo a MHS Health Wisconsin a que use mi información de salud para el propósito identificado o a que dé a conocer mi información de salud a la persona o al grupo nombrado más abajo. El propósito de la autorización es:

- permitir a MHS Health Wisconsin que me ayude con mis beneficios y servicios, o
- permitir a MHS Health Wisconsin que use o dé a conocer mi información de salud para \_\_\_\_\_.

## PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (añada personas o grupos adicionales en la página 2):

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## AUTORIZO A MHS HEALTH WISCONSIN A QUE USE O DÉ A CONOCER LA INFORMACIÓN DE SALUD SIGUIENTE:

**Toda mi información de salud, QUE INCLUYE:** información, servicios o resultados de pruebas de genética, información y registros del VIH/SIDA, información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia), información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta, así como información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción (por favor especifique la información sobre todo trastorno de consumo de sustancias que pueda darse a conocer: \_\_\_\_\_); **O**

**Toda mi información de salud, EXCEPTO (marque todas las que correspondan):**

- Información, servicios o pruebas de genética
- Información y registros del VIH/SIDA
- Información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción
- Información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
- Información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta
- Otra: \_\_\_\_\_

Fecha de terminación de la autorización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha en que la autorización termina, a menos que se cancele)

Firma del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Firma del (la) afiliado(a) o representante legal)

Relación con el (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Si usted es el representante personal del (la) afiliado(a), por favor envíenos copias de los formularios correspondientes (como poder legal u orden de tutela).

## PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O ENTIDAD(ES) ADICIONAL(ES) QUE PUEDE(N) RECIBIR LA INFORMACIÓN

NOTA: Si está autorizando el que se dé a conocer todo registro sobre el trastorno de consumo de sustancias a un receptor que no es ni un pagador tercero ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud del que recibe servicios de un proveedor tratante, como de un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo llamada "la entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona o la entidad de la que recibe los servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o sencillamente declare que sus registros del trastorno de consumo de sustancias pueden darse a conocer a sus proveedores tratantes, actuales y futuros, de esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

