

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WINNEBAGO
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

CON RESPECTO A:

NOMBRE(S) DEL CONSUMIDOR EN LETRA IMPRENTA (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO, SUFIIJO)

FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)

AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WINNEBAGO: SALUD MENTAL

ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (AODA)

DIVISIÓN DE BIENESTAR INFANTIL DIVISIÓN DE APOYO ECONÓMICO DIVISIÓN DE APOYO A LARGO PLAZO

ESPECIALISTAS DE BENEFICIOS

FACTURACIÓN REGISTROS MÉDICOS OTRO – ESPECIFIQUE: _____

PARA: DIVULGAR A OBTENER DE

INDIVIDUAL/AGENCIA/DIVISIÓN/EQUIPO: _____

DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ESPECÍFICA:

<input type="checkbox"/>	Informe de admisión	<input type="checkbox"/>	Plan individualizado de servicios para la familia	<input type="checkbox"/>	Expedientes residenciales
<input type="checkbox"/>	Información de facturación	<input type="checkbox"/>	Contrato de acuerdo de enjuiciamiento informal/diferido	<input type="checkbox"/>	Expediente escolar del comportamiento
<input type="checkbox"/>	Reportes de abuso infantil/negligencia	<input type="checkbox"/>	Evaluación inicial/admisión	<input type="checkbox"/>	Expediente escolar Eval
<input type="checkbox"/>	Información colateral	<input type="checkbox"/>	Aplicación de la ley	<input type="checkbox"/>	Expediente escolar del progreso
<input type="checkbox"/>	Información relacionada con la corte	<input type="checkbox"/>	Estado legal de documentos	<input type="checkbox"/>	Expediente escolar del Alumno
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	Dirección de envío	<input type="checkbox"/>	Educación especial
<input type="checkbox"/>	Resumen de alta	<input type="checkbox"/>	Registros de medicamentos/resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Cliente SSTOP requisitos de servicio comunitario y por qué
<input type="checkbox"/>	Divulgación de estado del cliente	<input type="checkbox"/>	Programa de exención de Medicaid	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico/evaluación de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/>	Resultados de prueba de drogas	<input type="checkbox"/>	Registros médicos	<input type="checkbox"/>	Resumen del alta de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/>	Formulario de inscripción de atención familiar	<input type="checkbox"/>	Conclusiones OWI	<input type="checkbox"/>	Notas del progreso de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/>	Información financiera	<input type="checkbox"/>	Cuidado de la Salud del Paciente	<input type="checkbox"/>	Plan de tratamiento de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/>	Registros de tutelas	<input type="checkbox"/>	Notas de cuidado/avances	<input type="checkbox"/>	Plan de tratamiento
<input type="checkbox"/>	Formulario de salud	<input type="checkbox"/>	Evaluación psiquiátrica/notas	<input type="checkbox"/>	Informe verbal de avances/observación
<input type="checkbox"/>	Estado VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	Evaluación psicológica	<input type="checkbox"/>	Intercambio de información verbal-escrita
<input type="checkbox"/>	Impresiones/recomendaciones	<input type="checkbox"/>	Expedientes de tratamiento psicológico	<input type="checkbox"/>	Expediente vocacional
<input type="checkbox"/>	Plan de educación individual (IEP)	<input type="checkbox"/>	Alumno de la salud física	<input type="checkbox"/>	Otro (especifique):

TIEMPO DE COBERTURA DEL PERÍODO:

DESDE:	A:
--------	----

(DÍA/MES/AÑO)

(DÍA/MES/AÑO)

PARA EL PROPOSITO DE: EVALUACIÓN FACTURACIÓN DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD COORDINACIÓN DE SERVICIOS TRATAMIENTO

OTRO _____

SI APLICA, DEVUELVA LA INFORMACIÓN A:

NOMBRE

DIVISIÓN

NÚMERO TELEFÓNICO

AL LUGAR INDICADO ABAJO:

<input type="checkbox"/> 220 Washington Ave., P.O. Box 2187, Oshkosh, WI 54903-2187	<input type="checkbox"/> 211 N. Commercial St., Neenah, WI 54956
<input type="checkbox"/> 684 Butler Ave, Oshkosh, WI 54901	<input type="checkbox"/> Otro:

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WINNEBAGO
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

NOMBRE(S) DEL CONSUMIDOR EN LETRA IMPRENTA (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO, SUFJO)

FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)

Nota para la agencia divulgadora: Tenga en cuenta que cualquier información que usted divulgue a Departamento de Servicios Humanos del Condado de Winnebago podrá convertirse en parte del expediente permanente del consumidor y, como tal, se podrá acceder a esa persona por los requerimientos de DHS 92.

Nota para la agencia receptora: Tenga en cuenta que el Capítulo 51 del Estatuto del Estado de Wisconsin le prohíbe hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que esté expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece. Además, las normas federales pertenecientes al tratamiento AODA le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que, esta divulgación esté expresamente permitida por la autorización por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por la CFR 42 Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo que NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Nota para el consumidor y la agencia divulgadora: Tenga en cuenta que cualquier divulgación de información de conformidad con esta autorización lleva consigo la posibilidad de una re-divulgación no autorizada después de que la información pueda no estar protegida por las normas federales de privacidad.

Entiendo que tengo el derecho a la confidencialidad de mis registros de tratamiento y que la divulgación sin mi consentimiento o autorización legal está prohibida por ley. **Entiendo** que tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia de cualquier material que se divulgará (como exige el DHS 92) a menos que no sea permitido bajo requisitos más estrictos de los Estatutos de Wisconsin Ch. 48 (Código de los Niños) o 938 (Código de Justicia Juvenil). **Entiendo** que cuando la solicitud de divulgación de la información procede de mí parte se me puede cobrar una tarifa uniforme para la reproducción del expediente. **Entiendo** que unidades secundarias del departamento (excepto para las sub-unidades de alcohol y otras drogas) intercambian información confidencial acerca de un consumidor con otras unidades secundarias, y con cualquier proveedor de servicios que tienen un contrato de servicios con el departamento, si tal información es necesaria para que un empleador o proveedor de servicios haga su trabajo, o para permitir que el departamento coordine los servicios para el consumidor.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y de revocar esta autorización en cualquier momento después de firmar pero la revocación no puede ser retroactiva. **Entiendo** que por lo general esta agencia no puede condicionar el tratamiento sobre si firmo un formulario de consentimiento/autorización, pero en determinadas circunstancias se me puede negar el tratamiento si no firmo un formulario de consentimiento/autorización.

Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a los organismos/personas mencionadas de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la divulgación de los registros/recepción autorizada en el presente documento. A menos que sea revocada por escrito esta autorización permanecerá en vigor por un período de un año desde la fecha de la firma, o hasta que los efectos de la autorización se hayan realizado, lo que ocurra primero.

UNA FOTOCOPIA DE ESTE COMUNICADO ES VÁLIDA COMO LA ORIGINAL.

FIRMA _____ FECHA _____

LA FIRMA ANTERIOR ES LA DEL: CONSUMIDOR PARIENTE DEL MENOR GUARDIÁN LEGAL ACTIVADO DPOA-HC

FIRMA _____ FECHA _____

LA FIRMA ANTERIOR ES LA DEL: CONSUMIDOR PARIENTE DEL MENOR GUARDIÁN LEGAL ACTIVADO DPOA-HC

TESTIGO (si aplica) _____ FECHA _____

POR LA HIPAA 164.508 (c) (4), LOS CONSUMIDORES DEBEN DARSELE UNA COPIA FIRMADA DE ESTE FORMULARIO