

MRN: (para uso del consultorio únicamente) \_\_\_\_\_

Los registros médicos relacionados con cuidados brindados en un hospital o centro quirúrgico, como los servicios de anestesia o del departamento de emergencias en una institución, son mantenidos por la institución donde se proporcionó el servicio y se pueden obtener de ella. **Muchos registros de BayCare Clinic pueden solicitarse y recibirse sin cargo a través del portal para pacientes myBayCare:**  
<https://mv.bavcare.net/BavcareClinicsMyChart/>

Complete las secciones 1 a 8. Si tiene preguntas sobre este formulario, llame al 920-544-5414.

1. \_\_\_\_\_

Nombre	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del SSN		

2. **Autoriza a** (seleccione 1 opción):

BayCare Clinic (especifique **TODOS** los proveedores/departamentos o enumere proveedores/departamentos individuales) \_\_\_\_\_

Otro proveedor/consultorio/institución \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Cód. postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

3. **A divulgar/enviar registros a** (seleccione 1 opción):

BayCare Clinic (especifique los proveedores/departamentos) \_\_\_\_\_

Otro; (**COMPLETE**) Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Cód. postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**4. INFORMACIÓN A DIVULGAR** (marque todas las opciones que corresponda)

**Fechas: Desde** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_

Notas de consultorio       Informes radiológicos

Laboratorio                   Registros de facturación

Imágenes radiológicas de BayCare

(Especificar imágenes para CD): \_\_\_\_\_

Formulario \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

**5. MÉTODO DE ENTREGA** (puede seleccionar más de uno)

Verbal

Portal para pacientes de BayCare.

Puede haber un cargo:

Correo postal

Fax a \_\_\_\_\_

Recogida de registros

Digital (CD)

Correo electrónico cifrado (debe proporcionar la dirección en el n.º 3 anterior)

**6. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN**

Legal

Seguro

Personal

Cuidados continuos

Seguro de comp. a los trabajadores

Otro: \_\_\_\_\_  
(p. ej., FMLA, discapacidad, empleo)

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información relativa a la salud mental/discapacidades del desarrollo, trastorno por consumo de sustancias y estado serológico respecto al VIH. Divulgaremos esta información a menos que usted indique qué información debe excluirse a continuación:

Trastorno por consumo de sustancias       Estado serológico respecto al VIH       Salud mental/discapacidades del desarrollo

7. Esta autorización es válida hasta **lo que suceda primero**, un año desde la fecha de la firma que sigue o la fecha siguiente: \_\_\_\_\_

Entiendo que: Puedo revocar esta autorización por escrito, lo que se hará efectivo con la recepción por parte del Departamento de Divulgación de Información de BayCare Clinic. La firma de este formulario autoriza la divulgación de información a las entidades que anteceden; eso significa que si esa entidad vuelve a divulgar mi información de salud protegida, es posible que esa información deje de estar protegida dentro de las pautas de las normas federales de privacidad. Tengo derecho, si lo solicito por escrito, a inspeccionar los materiales divulgados y a que esa inspección no me signifique ningún costo y se haga en presencia de un empleado de BayCare Clinic. Entiendo que puedo recibir una copia de los materiales divulgados según lo exige la ley y que soy responsable por todos los aranceles por copiado asociados que se cobren de acuerdo con la legislación de Wisconsin. La información relacionada con mi tratamiento puede divulgarse cuando yo lo acepte o de otra manera según lo especificado en 42 CFR, 45 CFR 164.508 y los estatutos 51.30, 146.025 y 146.81 del estado de Wisconsin. No se requiere mi firma en este formulario para que yo reciba tratamiento. He leído y entiendo el contenido de este formulario y puedo solicitar una copia de este formulario.

8. Firma del paciente o representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en imprenta \_\_\_\_\_

**Si la persona que firma no es el paciente, complete lo siguiente:**

• El paciente:  es un menor de edad       es legalmente incompetente o incapaz       está fallecido

• Soy, para el paciente:  tutor legal       familiar/albacea de fallecido       poder legal (POA) activado para cuidado de la salud       padre o madre de acogida