

Index to Auth-Communication

1. Información del Paciente:

Nombre – Apellido, primer nombre, segundo nombre (nombre de soltera o nombre anterior)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Expediente Médico (si lo conoce)	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono	

2. Información a Ser Divulgada: Solo comunicación verbal re: cuidados del paciente – **no se proporcionan copias de la documentación médica**

3.

Comunicación Verbal Entre:

_____ y: Nombre: _____
 (indique el nombre de la institución médica o proveedor/miembro del personal médico específico. El indicar "ACHC" cubrirá todas las ubicaciones de ACHC) (indique el nombre y el apellido de la(s) persona(s) a quien(es) se puede divulgar la información, tal como a un trabajador social de la comunidad)

Y/O

Deje un MENSAJE DE VOZ para el paciente en el/los siguiente(s) número(s) de teléfono: _____
 _____ (el mensaje de voz incluye cualquier información, a menos que se limite abajo):
 Limite los mensajes de voz solo a la información especificada: _____
 (vea al dorso del formulario el aviso referente a los mensajes de voz)

Y/O

Deje un MENSAJE CON UN INDIVIDUO que responda el teléfono al marcar el número proporcionado en el recuadro inmediatamente arriba de este. Por favor, especifíquelo:
 Cualquier persona Nombre(s) del/de los individuo(s) autorizado(s):

4. Propósito de la Comunicación: Continuación de los cuidados a menos que se especifique: _____

5. Esta autorización se vencerá un año después de la fecha de la firma a menos que se indique lo contrario abajo:

Proporcione la fecha de vencimiento específica o escriba indefinidamente: _____

****POR FAVOR, VEA LA PÁGINA SIGUIENTE PARA RECIBIR INFORMACIÓN ADICIONAL****

De acuerdo con las condiciones indicadas arriba y en la página siguiente de este formulario, autorizo el uso y/o la divulgación de mi Información médica. Esta autorización incluye la divulgación de información referente a trastornos por consumo de sustancias, consultas psiquiátricas y de salud mental, discapacidades del desarrollo, pruebas genéticas, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, infecciones de transmisión sexual, y/o resultados de la prueba del VIH, a menos que yo limite la divulgación para excluir lo siguiente: _____

Firma del Paciente/Representante: _____ **Fecha:** ____/____/____

Si lo firma una persona distinta al paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo. (Vea la próxima página para recibir información sobre las firmas)

Nombre en Letra de Molde: _____ Relación: _____

- | | | | |
|------------------|---|--|---|
| El paciente es: | <input type="checkbox"/> Menor de edad | <input type="checkbox"/> Incompetente/Incapacitado | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja Doméstica del Fallecido |
| Autoridad Legal: | <input type="checkbox"/> Tutor Legal | <input type="checkbox"/> Padre/Madre de un Menor | <input type="checkbox"/> Familiar más cercano |
| | <input type="checkbox"/> Agente de Cuidados Médicos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Representante Personal | | |

INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A LA AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL Y/O PARA DEJAR MENSAJES EN EL BUZÓN DE VOZ

Los proveedores médicos de Access Community Health Centers respetan el derecho de un paciente a la confidencialidad de su información médica protegida según lo establecido por la ley federal y estatal. Por favor, lea las siguientes pautas antes de firmar esta autorización.

Divulgación de Información: La información divulgada puede ser obtenida del expediente médico de Access Community Health Centers. Puede ser obtenida de múltiples formatos en papel o electrónicos (cuando proceda). Puede incluir elementos de datos procedentes de fuentes externas incluidos en gráficas y documentos. Las copias divulgadas a través del Departamento para la Gestión de Información Médica (*Health Information Management*) incluyen únicamente documentación médica.

Envío de la Autorización a Access Community Health Centers: Las autorizaciones para Access Community Health Centers pueden ser enviadas por correo a Access Community Health Centers, Attn: Release of Information/UW Health, 8501 Excelsior Drive Madison, WI 53717.

Normas Federales de Privacidad de HIPAA: Estas normas federales indican cuándo puede ser utilizada o divulgada su información médica protegida sin su autorización. Por favor, vea nuestro Aviso Sobre las Normas de Privacidad (*Notice of Privacy Practices*) para recibir información adicional. Puede encontrar una copia del Aviso Sobre las Normas de Privacidad en la página web <https://accesscommunityhealthcenters.org/>.

Normas Federales de Privacidad para el Programa de Tratamiento para los Trastornos por Consumo de Sustancias (*Federal Substance Use Disorder Treatment Program Privacy - 42 CFR Part 2*): Las normas federales para la confidencialidad (*42 CFR Part 2*) pertinentes al tratamiento para trastornos por el consumo de sustancias y/o los registros de derivación mantenidos por un programa de *Part 2* prohíben cualquier divulgación adicional de tales registros sin el consentimiento específico por escrito del individuo cuya información está siendo divulgada o conforme lo permita la *42 CFR Part 2*. Sin embargo, cualquier divulgación de la información conlleva la posibilidad de nuevas divulgaciones no autorizadas y que la información pueda no estar protegida bajo los estándares federales de privacidad.

Derecho a la Privacidad en Wisconsin: La ley de Wisconsin protege la confidencialidad de la documentación médica del paciente e indica cuándo puede divulgarse sin su autorización.

Designación General para la Divulgación de Información del Tratamiento para Trastornos por Consumo de Sustancias: Entiendo que he hecho una designación general para divulgar el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias y/o la información de derivación a individuos u entidades con los que tengo una relación de tratamiento. Puedo solicitar una lista de los individuos o las entidades a las que se ha divulgado la información referente a mi trastorno por consumo de sustancias contactando a: Director of Risk Management and Safety (Director de Gestión de Riesgos y Seguridad), 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

Solo Comunicación Verbal: Esta autorización permite la comunicación verbal (tanto en persona como por teléfono) entre Access Community Health Centers y la(s) persona(s) designada(s) en este formulario. No permite la divulgación de copias del expediente médico.

Mensajes en el Buzón de Voz: Los proveedores médicos de Access Community Health Centers y su personal reconocen que la confidencialidad es una parte muy importante de su relación con ellos. Para proteger su confidencialidad, no dejarán mensajes de forma rutinaria en su sistema personal de mensajes (buzón de voz o contestador automático, ni con su cónyuge, familiar o cualquier otro individuo) a menos que usted dé específicamente su permiso para hacerlo. Esta autorización puede ser utilizada para compartir esta información de la forma que usted especifique.

No Está Obligado a Firmar: Usted no está obligado a firmar este formulario, y puede negarse a hacerlo. Excepto en lo permitido bajo las leyes pertinentes, los proveedores médicos de Access Community Health Centers no pueden negarse a proporcionarle tratamiento u otros servicios de salud si usted se niega a firmar este formulario.

Revocación: Usted tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que se venza. Sin embargo, su revocación escrita no afectará a ninguna divulgación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) indicada(s) en la página anterior de este formulario ya haya(n) realizado, en función a esta autorización, antes de que usted la revoque. Además, si esta autorización fue obtenida con el propósito de recibir cobertura del seguro, es posible que su revocación no sea efectiva en ciertas circunstancias donde el asegurador esté rebatiendo una reclamación. Para la documentación de Access Community Health Centers, debe realizar su revocación por escrito y enviarla a: Access Community Health Centers, Director of Risk Management and Safety (Director de Gestión de Riesgos y Seguridad), 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

Nueva Divulgación: Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizada(s) por este formulario a recibir su información médica protegida no son proveedores médicos u otra persona que esté sujeta a las leyes federales de privacidad médica, la información médica protegida que reciban puede perder su protección bajo las leyes federales de privacidad médica, y es posible que se permita que esas personas vuelvan a divulgar su información médica protegida sin su permiso previo.

Firmas: Por lo general, si usted tiene 18 años de edad o más, usted es la única persona a la que se le permite firmar un formulario para autorizar la divulgación de su información médica. Si es menor de 18 años, su padre/madre o tutor legal debe firmar este formulario por usted. Sin embargo, existen muchas situaciones en las que esta regla general no procede. Si desea recibir más información respecto a quién está autorizado a firmar este formulario, contacte a: Director of Risk Management and Safety (Director de Gestión de Riesgos y Seguridad), 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

ACHC AUTHORIZATION FOR VERBAL COMMUNICATION AND/OR TO LEAVE VOICE MAIL MESSAGES

This does not authorize release of copies of medical records – Use form ACHC1280490-DT Authorization for Disclosure of Protected Health Information Fax: (608) 662-4444

Index to Auth-Communication

1. Patient Information:

Name – Last, First, MI (Maiden or former name) See Spanish Version			
Street Address See Spanish Version	City See Spanish Version	State See Spanish Version	Zip
Medical Record Number (only if known) See Spanish Version	Birthdate See Spanish Version	Phone Number See Spanish Version	

2. Information to be Disclosed: Verbal communication only re: patient's care – **no copies of medical records provided**

3. Verbal Communication Between:

See Spanish Version and: Name: See Spanish Version
 (list name of healthcare facility or specific healthcare provider/staff member. Listing "ACHC" will cover all ACHC locations) (list first and last name of person(s) to whom your confidential information may be disclosed, such as a community social worker)

AND/OR

Leave **VOICE MAIL** for the patient at the following phone number(s): See Spanish Version
 _____ (voice mail includes any information, unless limited below):

Limit voice mail only to information specified: See Spanish Version
 (see back of form for notice regarding voice mail messages)

AND/OR

Leave **MESSAGE WITH AN INDIVIDUAL** who answers the phone at the number provided in the box **immediately** above. Please specify:

Anyone Name(s) of authorized individual(s): See Spanish Version

4. Purpose of Communication: Continued care, unless specified: See Spanish Version

5. This authorization will expire in one year from signature unless otherwise indicated below:

Give specific expiration date or write indefinite: See Spanish Version

****PLEASE SEE NEXT PAGE FOR FURTHER INFORMATION****

In accordance with the conditions listed above and on the next page of this form, I authorize the use and/or disclosure of my medical information. This authorization includes disclosure of information regarding substance use disorder, psychiatric consults and mental illness, developmental disabilities, genetic testing, AIDS or AIDS-related illness, sexually transmitted infection, and/or HIV test results, unless I limit the disclosure to exclude the following: See Spanish Version

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version Date: ___/___/___
 If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so. (See next page for more information)

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

Patient is: Minor Incompetent/Incapacitated Spouse/Domestic Partner of Deceased

Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor Next of Kin
 Health Care Agent Other: See Spanish Version
 Personal Representative

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING AUTHORIZATION FOR VERBAL COMMUNICATION AND/OR TO LEAVE VOICE MAIL MESSAGES

Access Community Health Centers care providers honor a patient's right to confidentiality of protected health information as provided under federal and state law. Please read the following guidelines before signing this authorization.

Release of Information: The information released may be obtained from the medical record of Access Community Health Centers. It may be obtained from multiple paper-based or electronic-based forms (as applicable). It may include data elements from outside sources that are embedded in tables and documents. Copies released from Health Information Management include medical records only.

Sending Authorizations to Access Community Health Centers: Authorizations for Access Community Health Centers can be mailed to Access Community Health Centers, Attn: Release of Information/UW Health, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717 or returned to any Access clinic.

Federal HIPAA Privacy Rules: These federal rules indicate when your protected health information may be used or disclosed without your authorization. Please see our Notice of Privacy Practices for additional information. You can find a copy of the Notice of Privacy Practices on the website at <https://accesscommunityhealthcenters.org/>.

Federal Substance Use Disorder Treatment Program Privacy (42 CFR Part 2): The federal confidentiality rules (42 CFR Part 2) that apply to substance use disorder treatment and/or referral records maintained by a Part 2 program prohibit any further disclosure of such records without the specific written consent of the individual whose information is being disclosed or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. However, any disclosure of information carries the potential for unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal privacy standards.

Wisconsin Right to Privacy: Wisconsin law protects the confidentiality of patient healthcare records and indicates when records may be disclosed without your authorization.

General Designation for Disclosure of Substance Use Disorder Treatment Information: I understand I have made a general designation to disclose substance use disorder treatment and/or referral information to individuals or entities with which I have a treatment relationship. I may request a list of individuals or entities to which my substance use disorder information has been disclosed by contacting Director of Risk Management and Safety, 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

Verbal Communication Only: This authorization allows for verbal communication (both in person and on the telephone) between Access Community Health Center and the designated person(s) on this form. It does not allow for copies of medical records to be released.

Voice Mail Messages: Access Community Health Center care providers and their staff recognize confidentiality as a very important part of your relationship with them. To protect your confidentiality, they will not routinely leave messages on your personal messaging system (voice mail or answering machine or with your spouse, family members or any other individual) unless you specifically give your permission to do so. This authorization may be used to share this information in the manner that you specify.

No Obligation to Sign: You are under no obligation to sign this form, and you may refuse to do so. Except as permitted under applicable law, Access Community Health Centers care providers may not refuse to provide you treatment or other healthcare services if you refuse to sign this form.

Revocation: You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time before it ends. However, your written revocation will not affect any disclosures of your medical information that the person(s) and/or organization(s) listed on the previous page of this form have already made, in reliance on this authorization, before the time you revoke it. In addition, if this authorization was obtained for the purpose of insurance coverage, your revocation may not be effective in certain circumstances where the insurer is contesting a claim. For Access Community Health Centers records, your revocation must be made in writing and addressed to: Access Community Health Centers, Director of Risk Management and Safety, 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

Re-release: If the person(s) and/or organization(s) authorized by this form to receive your protected health information are not healthcare providers or other people who are subject to federal health privacy laws, the protected health information they receive may lose its protection under federal health privacy laws, and those people may be permitted to re-release your protected health information without your prior permission.

Signatures: Generally, if you are 18 years of age or older, you are the only person who is permitted to sign this form to authorize the disclosure of your protected health information. If you are under the age of 18, your parent or guardian must sign this form for you. However, there are many situations in which this general rule does not apply. For more information regarding who is authorized to sign this form, contact: Director of Risk Management and Safety, 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.