



LA UNIVERSIDAD DE WESTERN MICHIGAN-CLÍNICAS UNIFICADAS
1000 Oakland Dr, 3° Piso, Kalamazoo MI 49008 (269) 387-7000
AUTORIZACIÓN PARA OBTENER / REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Yo autorizo a las Clínicas Unificadas de UWM _____ (departamento específico) a **OBTENER/REVELAR** (marque con un círculo) la siguiente información con respecto a la salud de: _____

Fecha de Nacimiento: _____

(Escribir en letra de imprenta el nombre del paciente)

Información para Obtener/Revelar:

- Informe de visión Examen del habla/lengua y las notas del progreso Audiología
- Historial y físico Informe de operación Informe de la sala de emergencia
- Carrete e/o informes de la Radiografía Resumen clínico/Resumen de alta Consulta(s)
- Informe del Laboratorio(s) Documentos prenatales Informe de patología(s)
- Historia Clínica Total Otro (especifique por favor): _____

La siguiente información puede ser incluida en los registros que se solicitan para ser revelados. Si no desee que alguna de las siguientes circunstancias sea revelada, usted puede firmar con las iniciales en la línea correspondiente(s):

- _____ El tratamiento de las enfermedades emocionales, incluida cualquier documentación psicológica o psiquiátrica
- _____ El tratamiento del abuso de alcohol o de estupefacientes
- _____ La documentación personal de Servicios Sociales
- _____ Los resultados de las pruebas del VIH, el tratamiento de la infección por el VIH, SIDA o SIDA complejo relacionado
- _____ Tratamiento de enfermedades venéreas, la tuberculosis o las enfermedades transmisibles como se especifica en el Departamento de Salud Pública de Michigan

Nombre, dirección y título de la persona(s) u organización(es) que estamos obteniendo/revelando la información de/a:

- 1. _____ 2. _____ 3. _____
- _____
- _____

Motivo de la solicitud: Observación de la individual El pago (de seguros o de terceros) Servicios Continuados

A menos que previamente revocada, o sin fecha de vencimiento o el evento se indicó, este consentimiento se vencerá en un año desde la fecha firmada abajo. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante la notificación escrita a la organización de las Clínicas Unificadas de la UWM, HIPAA Privacy Officer, 1000 Oakland Drive, Kalamazoo, MI 49008, pero esto no afectará a las revelaciones hechas antes de la recepción de la revocación.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que cualquier tratamiento que pueda buscar no estará condicionado a mi firma de esta autorización. Yo entiendo que si puedo solicitar una copia de esta autorización después de haber sido firmado, se me lo proporcionará. Las leyes federales y estatales protegen la información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización. Entiendo que la información que se revela puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no serán protegidos por estas leyes.



Con la firma de esta autorización, yo reconozco que he leído este documento y que entiendo su contenido.

FIRMADA _____ **FECHA** _____

(Paciente o Representante Autorizado)

Descripción del Representante autorizado a firmar: _____