



Autorización para la divulgación de información (ROI)

MRN: _____
Solo para uso interno
Ver. 7.2026

Datos del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autoriza a:

Noble Community Clinics – Todas las sedes

Teléfono: 1-800-942-5330 ext. 7039

Dirección: Apartado de correos 1440, Wautoma, WI 54982 Fax: 920-765-7017

Correo electrónico: medical.records@nobleclinics.org

☐ Facilitar mis registros a: Y/O

Nombre/Organización: _____ A la atención de: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

☐ Obtener mis registros de:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Para qué se necesita la información?

Marque todas las opciones que correspondan

☐ Registros físicos (copias de documentos).

☐ Comunicación verbal con el proveedor o el personal.

☐ Comunicación por correo electrónico con el proveedor o el personal.

Entre los ejemplos de solicitudes de comunicación verbal o por correo electrónico se pueden incluir la verificación de la participación en el tratamiento, la asistencia o las actualizaciones sobre el estado.

¿Cómo le gustaría que Noble compartiera esta información? (marque una opción):

☐ Comunicación verbal ☐ Correo electrónico ☐ Fax ☐ Correo postal (USPS)

☐ Recogida en la clínica: _____

¿Para qué se necesita la información?

☐ Verificar el cumplimiento del tratamiento

☐ Indemnización por accidente laboral

☐ Uso personal (a petición mía)

☐ Elegibilidad para el seguro/Pago/Reclamación

☐ Asuntos legales

☐ Transición de la atención

☐ Cumplimentación de formularios (FMLA/discapacidad)

☐ Organismos de supervisión sanitaria; Procedimientos judiciales/administrativos; Fuerzas del orden

☐ Otros: _____

¿Qué información desea que se divulgue?

Servicio:

Desde (MM/DD/AAAA): _____ Hasta (MM/DD/AAAA): _____

Seleccione los registros específicos que desea divulgar:

No es necesario completar todas las categorías; marque solo lo que sea necesario.

☐ Médica:
Atención
Primaria

☐ Historial y examen físico

☐ Resumen del alta

☐ Notas de evolución

☐ Análisis

☐ Imágenes

☐ Perfil farmacológico

☐ Facturación

☐ Vacunas

☐ Derivaciones y consultas

☐ Signos vitales

☐ Lista de problemas/diagnósticos

☐ Operaciones y procedimientos

☐ Otro: _____

☐ Odontología:

☐ Notas de evolución

☐ Plan de tratamiento

☐ Imágenes (radiografías)

☐ Registro periodontal

☐ Facturación

☐ Perfil farmacológico

☐ Derivaciones y consultas

☐ Otro: _____

☐ Salud conductual
o mental:
Sin incluir
AODA/SUD

☐ Evaluación inicial

☐ Plan actual de servicios/tratamiento

☐ Resumen del alta

☐ Notas de evolución

☐ Derivaciones y consultas

☐ Lista de problemas/diagnósticos

☐ Perfil farmacológico

☐ Análisis

☐ Otro: _____

**Registros
que requieren
consentimiento
específico:**

Algunos tipos de información de salud cuentan con protecciones adicionales según las leyes de Wisconsin y las leyes federales. Solo podemos divulgar estos registros si usted lo autoriza expresamente. Por favor, marque cada tipo de registro que desee que se divulgue:

- ☐ Información relacionada con el VIH (resultados de la prueba del VIH, diagnóstico, tratamiento y atención)
- ☐ Registros de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- ☐ Registros de trastorno por consumo de sustancias / abuso de alcohol y otras drogas (SUD/AODA)
- ☐ Registros de servicios para personas con discapacidades del desarrollo

Fechas de servicio que se deben divulgar: Desde (MM/DD/AAAA) _____ Hasta _____

Salvo que se especifique lo contrario a continuación, solo podrán divulgarse los registros correspondientes a las categorías seleccionadas anteriormente y al intervalo de fechas indicado, incluidos, entre otros:

- Notas de evolución
- Registros de tratamiento
- Valoraciones y evaluaciones
- Resúmenes de alta
- Resultados de laboratorio
- Perfiles de medicación
- Listas de problemas y diagnósticos
- Identificación/constancia en los registros de tratamiento
- Cualquier otro registro relacionado

Limitaciones o exclusiones (si las hubiera):

**Registros
que requieren
el consentimiento
de un
menor:**

Según las leyes de Wisconsin, ciertos registros de pacientes menores de edad no pueden divulgarse sin la autorización del menor. Complete esta sección si se solicita alguno de los siguientes registros y el menor tiene la edad indicada.

- ☐ AODA ambulatorio, mayores de 12 años
- ☐ Atención de salud mental ambulatoria, mayores de 14 años
- ☐ Notas de neuropsicología, mayores de 12 años
- ☐ Violación o agresión/abuso sexual, mayores de 12 años
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual, mayores de 17 años
- ☐ Prueba de embarazo, 17 años o menos
- ☐ Píldoras anticonceptivas, 17 años o menos
- ☐ Resultado de la prueba del VIH/SIDA, a partir de 14 años
- ☐ Atención relacionada con el embarazo o el recién nacido, 17 años o menos

Firma del paciente menor de edad: _____ **Fecha/Hora:** _____

**Cuándo se
necesita la
información:**

Fecha en la que se necesita la información: _____ (MM/DD/AAAA).

Por lo general, las solicitudes se procesan en un plazo de 30 días a partir de su recepción.

Si se requiere más tiempo, le notificaremos por escrito, según lo permita la legislación aplicable.

Caducidad:

Fecha de caducidad (opcional): _____ (MM/DD/AAAA)

Si no se indica una fecha de vencimiento, esta autorización caducará un (1) año después de la fecha de su firma.

Derechos del paciente y Reconocimientos

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Noble, Departamento de Gestión de la Información Sanitaria (HIM), P.O. Box 1440, Wautoma, WI 54982. La revocación no afectará a las divulgaciones ya realizadas en virtud de esta autorización.

Divulgación posterior: Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada posteriormente por el destinatario y que, en tal caso, podría dejar de estar protegida por la HIPAA. También entiendo que determinados registros confidenciales —incluidos los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias protegidos en virtud del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2, y otros registros protegidos por la legislación estatal— no podrán ser divulgados posteriormente sin mi permiso por escrito, a menos que la ley lo permita.

Derecho a negarse/Sin condiciones para la atención: Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados por mi decisión.

Derecho de revocación: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito. Entiendo que mi revocación no afectará a los usos o divulgaciones ya realizados en virtud de esta autorización.

Derecho a una copia: Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha/Hora:** _____

Nombre de la persona autorizada (en letra de imprenta): _____

Firma de la persona autorizada: _____ **Fecha/Hora:** _____

Relación con el paciente: ☐ Padre/madre de menor ☐ Tutor designado por el tribunal (se requiere documentación legal)

☐ Otro: _____ Autorización para actuar en nombre del paciente (adjunte la documentación si se requiere)