ROCK COUNTY HEALTH CARE SYSTEM/HUMAN SERVICES DEPARTMENT Client # _____

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del Cliente (incluir otros nombres usados)	Fecha de Nacimiento

1 Individuo/ Agencia Autorizante	☐ Rock County Human Services Dept.; Program: _____ ☐ P.O. Box 1649, Janesville, WI 53547 ☐ 1900 Center Ave., Janesville, WI 53546 ☐ 64 Eclipse Ctr, Beloit, WI 53511 ☐ 113 S. Franklin Street, Janesville, WI 53545 ☐ 303 W. Court St., Janesville, WI 53548 ☐ Otro Individuol/Agencia (Poner el nombre y la dirección) _____
2 Recipiente de la Información	☐ Rock County Human Services Dept.; Program: _____ ☐ P.O. Box 1649, Janesville, WI 53547 ☐ 1900 Center Ave., Janesville, WI 53546 ☐ 64 Eclipse Ctr, Beloit, WI 53511 ☐ 113 S. Franklin Street, Janesville, WI 53545 ☐ 303 W. Court St., Janesville, WI 53548 ☐ Beloit Memorial Hospital, 1969 West Hart Road, Beloit, WI 53511 ☐ Mercy Health System, 1000 Mineral Point, Janesville, WI 53545 ☐ Rock County Sheriff's Office, 200 Highway 14 East, Janesville, WI 53545 ☐ Social Security Administration, Disability Determination Bureau ☐ UW Hospital & Clinics, Madison, WI ☐ Otro Individuol/Agencia (Poner el nombre y la dirección) _____
3 Intercambio Bidireccional de Información	Autorizo a esta información para ser lanzado entre las organizaciones designadas (marque uno): ☐ sí ☐ no
4 Propósito/ Razón para dar información	☐ Determinación de Beneficio ☐ Reclamo de Seguro ☐ Caso de Custodia de Menor ☐ Licencia del Proveedor/Certificación ☐ Cuidado Continuado de Salud/Cuidado Coordinado/Servicios ☐ Determinación de Licencia para Conducir ☐ Determinación de Incapacidad ☐ Otro _____
5 Información específica a ser dada	☐ Archivos de los registros de abuso de sustancias que incluyen evaluación, evaluación, diagnósticos, plan de tratamiento y recomendaciones, ASAM y resumen de alta. Esto incluye información relacionada con tratamientos futuros. ☐ resultados del examen de drogas ☐ Archivos de los salud mental, servicios psiquiátricos, registros de discapacidad del desarrollo. Esto incluye información relacionada con tratamientos futuros. ☐ Archivos de los Servicios de Protección de Menores. ☐ Archivos de los Servicios de Justicia Juvenil. ☐ Archivos de los Servicios de Ayuda Económica. ☐ Incluyendo una segunda revelación de archivos (describa el tipo de archivos) _____ de (nombre de la facilidad de tratamiento/otra agencia) _____en nuestra posesión. ☐ Archivos de salud de índole general. Incluyendo resultados de exámenes del SIDA y resultados de COVID-19. ☐ Notas obtenidas en la Escuela, comentarios de maesros/consejeros, progreso académico, exámenes, reportes del Equipo-M, I.E.P. y notas de otras escuelas. ☐ Otro (Describa/Especifique) _____
6 Expiración del Consentimiento	Yo entiendo que este consentimiento puede ser retirado por mí por escrito, en cualquier momento; excepto cuando tal acción sea posterior a la ejecución de la autorización dada. Para revocar el consentimiento, por favor envíe una solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos, P.O. Box 1649, Janesville, WI 53547. A menos que mi revocación sea previa o especificado de otra manera más abajo, este consentimiento expira doce (12) meses después de la fecha en que fue firmado. Si lo desea, especifique aquí otra fecha de expiración, condición o período de tiempo. / /

Mediante la presente consiento y autorizo el que se comparta información como se describe en este formulario. Yo también puedo recibir una copia de este formulario de consentimiento. El cliente o la persona autorizada tiene derecho a inspeccionar y, a cambio del precio habitual, recibir copia del material que va a ser revelado. Yo entiendo que no tengo obligación alguna de firmar este formulario y que no se me negará tratamiento si me rehusa a firmarlo. Los Estatutos de WI 51.30 y 252.15 requieren autorización del paciente para revelar información con fines de cobro o de pago. **El recipiente de los archivos sólo podrá revelar aquella información que yo autorice a divulgar, si así lo permite la ley** Entiendo que información divulgada como resultado de esta autorización no puede ser objeto de protección por las normas federales de privacidad.

Firma del Cliente	Fecha
Persona Autorizada por el Cliente	Parentesco
Firma del Testigo	