



# COLUMBIA COUNTY

608-742-9227  
FAX: 608-742-9700  
E-MAIL: DHHS@columbiacountywi.gov  
WEBSITE: www.co.columbia.wi.us

**Health and Human Services  
111 E Mullett Street**

Mailing Address: P.O. Box 136  
Portage, WI 53901-0136

**Lado #1**

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Cliente / Participante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

*Yo Autorizo el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Columbia*

OBTENER DE  PARA DIVULGAR A

Agencia / Individual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Los siguientes documentos:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Carta / Resumen de Tratamiento                                    | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psiquiátrico/Psicológicos | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol / drogas           | <input type="checkbox"/> Empleo                         |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso de la terapia                                   | <input type="checkbox"/> Discapacidades intelectuales           | <input type="checkbox"/> Soporte a largo plazo               | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio      |
| <input type="checkbox"/> Consejería para pacientes hospitalizados / pacientes ambulatorios | <input type="checkbox"/> Medicamentos / Registros H & P         | <input type="checkbox"/> Registros de la corte               | <input type="checkbox"/> WIC                            |
| <input type="checkbox"/> Historia psicosocial  | <input type="checkbox"/> Historia social                        | <input type="checkbox"/> Evaluaciones/Registros de Educación | <input type="checkbox"/> Referencias personales         |
| <input type="checkbox"/> Informes policiales   | <input type="checkbox"/> Enfermedad transmisible                | <input type="checkbox"/> Todos los registros de H&HS         | <input type="checkbox"/> Seguimiento de plomo en sangre |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención Prenatal                                 | <input type="checkbox"/> Registros de control de salud          | <input type="checkbox"/> Registros de inmunización           | <input type="checkbox"/> Asociación Enfermera Familia   |

Otro: \_\_\_\_\_

### Propósito o necesidad de divulgación de información (sea específico):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia                     | <input type="checkbox"/> Servicios de protección                   | <input type="checkbox"/> Apoyo a largo plazo                         |
| <input type="checkbox"/> Gestión de casos                 | <input type="checkbox"/> Elegibilidad de Asistencia Médica         | <input type="checkbox"/> Investigaciones / Supervisiones de la Corte |
| <input type="checkbox"/> Seguro Elegibilidad / Beneficios | <input type="checkbox"/> Continuidad y coordinación de la atención | <input type="checkbox"/> Planificación educativa                     |
| <input type="checkbox"/> Atención médica                  | <input type="checkbox"/> Investigación o acción legal              | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                 |

Además, entienda que la información divulgada (verbal y escrita) puede incluir diagnóstico, pronóstico y / o tratamiento para trastornos físicos, mentales, discapacidades del desarrollo, abuso de alcohol / drogas. Solicito información durante el periodo de \_\_\_\_\_.

Al contemplar lo anterior, y después de leer todo el LADO N° 2 de este formulario, doy mi consentimiento y autorizo la divulgación de información como se describe en este documento.

\_\_\_\_\_  
*Cliente o Participante /  
Representante Legal del Cliente o Participante*

\_\_\_\_\_  
*Tipo de Relación si Representante Legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*



**Lado #2**  
**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE ESTA AUTORIZACIÓN**

**AL RECEPTOR DE INFORMACIÓN:** Esta información le ha sido revelada a usted a partir de registros confidenciales protegidos por el Registro Federal 42 C.F.R. Parte 2; 45 C.F.R. Partes 160-164; Wis. Stat. § 51.30; Wis. Stat. § 146.38; Wis. Stat. § 146.81 (2); y el Capítulo 92 del Código Administrativo de WI DHS. También puede estar protegido por otras leyes estatales y federales. A menos que tenga otra autorización, se puede prohibir la divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito del cliente o su representante legal. Una autorización general no es suficiente. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información recibida, relacionada con esta autorización, en investigaciones criminales y procesamientos.

**AL CLIENTE FIRMANTE:**

1. **Derecho a negarse a firmar esta autorización.** A menos que busque la elegibilidad en un programa de beneficios o como participante en un programa de abuso de sustancias supervisado por los tribunales, no está obligado a firmar este formulario y su negativa no afectará el inicio, la continuación o la recepción de los servicios que recibe en Columbia County Health y Servicios Humanos. A las personas que buscan inscribirse en un programa de beneficios o un programa supervisado por los tribunales se les puede negar la recepción de beneficios o participación si no se puede establecer la elegibilidad. Una consecuencia de la negativa a firmar esta autorización también puede ser la falta de pago.
2. **Derecho de revocación.** Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante una declaración por escrito de retiro al Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Columbia. Sin embargo, su revocación por escrito no será efectiva hasta que sea recibida por los Servicios de Salud y Humanos del Condado de Columbia y no será efectiva con respecto a los usos y / o divulgaciones de información de salud / servicios que haya realizado antes de la recepción de su declaración de retiro.
3. **Derecho a recibir una copia de esta autorización.** Si acepta firmar esta Autorización, debe recibir una copia firmada de este formulario.
4. **Derecho a inspeccionar o copiar la información de salud / servicio que se utilizará o divulgará.** Tiene derecho a inspeccionar o copiar la información de salud / servicio autorizada para ser utilizada o divulgada por esta Autorización, excepto para los registros de medicamentos y tratamientos somáticos. Este derecho puede ser denegado por el director de la instalación de tratamiento, o su designado, durante el tratamiento del cliente bajo ciertas circunstancias. Usted puede hacer arreglos para inspeccionar su información de salud / servicio u obtener copias de la información de salud / servicio contactando a Servicios de Salud y Humanos del Condado de Columbia.  
Se puede cobrar una tarifa uniforme y razonable por una copia de los registros. La tarifa puede reducirse o eliminarse de acuerdo con la política de la agencia para aquellos clientes que no pueden pagar. Wis. Stat. § 51.30 (4) (d) y Código Administrativo WI DHS § 92.03 a 92.06.



# COLUMBIA COUNTY

608-742-9227  
FAX: 608-742-9700  
E-MAIL: DHHS@columbiacountywi.gov  
WEBSITE: www.co.columbia.wi.us

**Health and Human Services  
111 East Mullett Street**

Mailing Address: P.O. Box 136  
Portage, WI 53901-0136

5. **Duración de la autorización.** Esta autorización caducará en un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario: \_\_\_\_\_
6. **Limitación.** La ley de Wisconsin reconoce la necesidad de un consentimiento informado en ciertas circunstancias. La Autorización está limitada a los registros con fecha hasta e incluyendo la fecha especificada por usted en este formulario. Será necesaria una nueva Autorización para la divulgación de información sobre la atención proporcionada después de la fecha especificada.
7. **Relanzar.** Una vez que el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Columbia revele su información de salud / servicio al destinatario, Servicios de Salud y Humanos del Condado de Columbia no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar información de salud / servicios a un tercero. El tercero no puede estar obligado a cumplir con esta Autorización o Leyes federales y estatales aplicables. Sin embargo, es posible que se prohíba al destinatario divulgar ciertas informaciones, como la relacionada con el tratamiento del abuso de sustancias y la salud mental.
8. **Copias.** Entiendo y acepto que una fotocopia de este consentimiento es tan válida como el original.

- Coloque una marca de verificación en la casilla y ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_\_  
indicando que has leído esta página.