

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN
VERBAL Y/O PARA DEJAR MENSAJES EN EL
BUZÓN DE VOZ

Index to Auth – Communication This does not authorize release of copies of medical records – Use form UWH1280490-DT
Authorization for Disclosure of Protected Health Information
Fax: (608) 662-4444

1. Información del Paciente:

Form with fields: Nombre – Apellido, primer nombre, segundo nombre (nombre de soltera o nombre anterior); Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal; Número de Registro Médico (si lo conoce), Fecha de Nacimiento, Número de Teléfono

2. Información a Ser Divulgada: Solo comunicación verbal con relación a: cuidados del paciente – Este formulario no debe usarse para la entrega de registros médicos. Si solicita divulgación por escrito, use una Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida (UWH1280490-DT).

3a.

COMUNICACION VERBAL ENTRE:
[ ] Todos los establecimientos/proveedores de UW Health o los especificados a continuación
El marcar UW Health incluye al Hospital Universitario, el Hospital de Niños de American Family, el Hospital del Este de Madison y el Cuidado Urgente de UWH, Atención Especializada y los establecimientos de Atención Primaria dentro de Wisconsin.
Nombre y Apellido:
y:
(nombre del establecimiento de atención médica de UW Health o del proveedor/miembro del personal médico específico)
(a quien se puede divulgar su información confidencial)

Y/O

3b.

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

4. Propósito de la Comunicación: Continuación de la atención, a menos que se especifique:

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

- [ ] Hasta ser revocada por escrito/Indefinida
[ ] Otra fecha de vencimiento específica: / / (mm/dd/aaaa)

(Si esta autorización es para un menor de edad y está firmada por uno de los padres o por un tutor legal, la fecha de vencimiento no puede exceder el cumpleaños número 18.)

\*\*POR FAVOR, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE PARA RECIBIR INFORMACIÓN ADICIONAL\*\*

De acuerdo con las condiciones indicadas anteriormente 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 que no sea el paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en Letra de Molde: Relación:

- El Paciente es: [ ] Menor de edad (minor) [ ] Incompetente/Incapacitado (Incompetent/Incapacitated) [ ] Cónyuge/Pareja Doméstica del Fallecido (Spouse/Domestic Partner of Deceased)
Autoridad Legal: [ ] Tutor Legal (Legal Guardian) [ ] Padre/Madre de un Meno (Parent of Minor) [ ] Familiar más cercano (Next of Kin)
[ ] Agente de Cuidados Médicos (Health Care Agent) [ ] Otro:
[ ] Representante Personal (Personal Representative)

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

Los proveedores médicos de UW Health 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.

“**UW Health**” incluye al Hospital Universitario, el Hospital de Niños American Family, el Hospital del Este de Madison de UW y las Clínicas de UW Health. “UW Health” **NO** incluye operaciones conjuntas, incluyendo Access Community Health Center (ACHC), el Hospicio Agrace-HIM, la Clínica de Salud del Comportamiento y Rehabilitación de 1102 S Park St, el Dr. Brown (clínica AODA/HIV), UW Health Care Direct, la Clínica de Fertilidad Generations, el Centro de Cirugía de Madison, la Clínica de Salud del Comportamiento para Jóvenes y Familias (Olin), el Centro de Cirugía de Transformación, el Hospital de Rehabilitación de UW y la Clínica del Sueño de Wisconsin. Si usted desea autorizar la comunicación con alguno de estos establecimientos o con un proveedor específico en uno de estos establecimientos, por favor especifique a continuación.

**Envío de Autorizaciones a UW Health:** Las autorizaciones para los establecimientos de UW Health pueden ser enviadas al **Departamento de Manejo de la Información Médica de UW Health a 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717**. Revise la lista detallada de las clínicas que divulgan sus propios registros médicos en [uwhealth.org](http://uwhealth.org). Esta información se encuentra en la sección Pacientes y Familias, Cómo Obtener sus Registros Médicos.

**Normas Federales de Privacidad de HIPAA:** Estas normas federales indican cuándo se puede utilizar o divulgar su información médica protegida sin su autorización. Por favor, revise nuestro Aviso Sobre las Normas de Privacidad (*Notice of Privacy Practices*) para obtener más información adicional. Puede encontrar una copia del Aviso Sobre las Normas de Privacidad en la página de la red [uwhealth.org](http://uwhealth.org). Esta información se encuentra en la esquina inferior izquierda de nuestra página en la red. Haga clic en *Notice of Privacy Practices (HIPAA)*.

**Normas Federales sobre Privacidad para el Programa de Tratamiento de 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 referencias mantenidos por un programa con *Parte 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 otras divulgaciones no autorizadas en las que la información puede no estar protegida bajo los estándares federales de privacidad.

**Derecho a la Privacidad en Wisconsin:** La ley de Wisconsin protege la confidencialidad de los registros médicos del paciente e indica cuándo pueden divulgarse sin su autorización.

**Designación General para la Divulgación de Información sobre el Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias:** Entiendo que he hecho una designación general para divulgar el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y/o la información sobre referencias a individuos u entidades con los que tengo una relación por 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 al Departamento de Manejo de la Información Médica de UW Health (Divulgación de Información) en el 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.

**Solo Comunicación Verbal:** Esta autorización permite la comunicación verbal (tanto en persona como por teléfono) entre UW Health 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 de atención médica de UW Health 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 ningún 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. Los proveedores médicos de UW Health no pueden negarse a proporcionarle tratamiento u otros servicios de atención médica si usted se niega a firmar este formulario, a excepción de lo permitido bajo las leyes pertinentes.

**Revocación:** Usted tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de su vencimiento. Sin embargo, su revocación escrita no afectará a cualquier 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 del momento en 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 la compañía de seguro está rebatiendo un reclamo. En el caso de los registros de UW Health, debe realizar su revocación por escrito, firmada por usted o su representante legal, y enviarla al Departamento de Manejo de la Información Médica de UW Health (Divulgación de Información), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.

**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 de atención médica u otra persona que esté sujeta a las leyes federales de privacidad médica, la información médica protegida que reciban puede perder la protección de 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 o más, usted es la única persona a la que se le permite firmar un formulario para autorizar la divulgación de su información médica protegida. Si usted 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 con respecto a quién está autorizado a firmar este formulario, comuníquese con el Departamento de Manejo de la Información Médica de UW Health (Divulgación de Información) en el 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.

Patient Name:

DOB:

MR #:

**UW Health**  
**(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)**  
**AUTHORIZATION FOR VERBAL**  
**COMMUNICATION AND/OR TO LEAVE VOICE**  
**MAIL MESSAGES**

Index to Auth – Communication This does not authorize release of copies of medical records – Use form UWH1280490-DT  
 Authorization for Disclosure of Protected Health Information  
 Fax: (608) 662-4444

**1. Patient Information:**

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

**2. Information to be Disclosed:** Verbal communication only re: patient's care – This form is not to be used for production of medical records. If requesting written use Authorization for Disclosure of Protected Health Information (UWH1280490-DT).

**3a.**

**VERBAL COMMUNICATION BETWEEN:**  
 **All UW Health providers/locations or specify below**  
 Checking UW Health includes University Hospital, American Family Children's Hospital, UW East Madison Hospital, and UWH Urgent Care, Specialty Care, and Primary Care locations within Wisconsin.

See Spanish Version \_\_\_\_\_ and:  
 (list name of UW Health healthcare facility or specific healthcare provider /staff member)

First and Last Names: See Spanish Version \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (to whom your confidential information may be disclosed.)

**AND/OR**

**3b.**

**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)

**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:

- Until revoked in writing / indefinite
- Other specific expiration date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy)  
**(If this authorization is for a minor and signed by a parent or legal guardian the expiration date cannot surpass their 18<sup>th</sup> birthday.)**

**\*\*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.*

- 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: \_\_\_\_\_  
 Personal Representative

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

UW Health 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.

**"UW Health"** includes the University Hospital, American Family Children's Hospital, UW East Madison Hospital, and UW Health Clinics. "UW Health" does **NOT** include joint ventures, including Access Community Health Center (ACHC), Agrace Hospice - HIM, 1102 S Park St Behavioral Health and Recovery clinic, Dr. Brown (AODA/HIV clinic), UW Health Care Direct, Generations Fertility Care Clinic, Madison Surgery Center, Behavioral Health Youth and Family Clinic (Olin), Transformations Surgery Center, UW Rehabilitation Hospital, and Wisconsin Sleep Clinic. If you wish to authorize communication with one of these locations, or a specific provider at one of these locations, please specify below.

**Sending Authorizations to UW Health:** Authorizations for UW Health sites can be mailed to **UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717**. See a detailed listing of clinics that release their own records on uwhealth.org. This information is located in the Patient & Family section, How to Obtain Your Medical Records.

**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 uwhealth.org. This information is located on the bottom left corner of the website. Click on Notice of Privacy Practices (HIPAA).

**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 UW Health – Health Information Management (Release of Information), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.

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

**Voice Mail Messages:** UW Health 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, UW Health 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. If this authorization conflicts with a prior authorization the new one will revoke the old authorization. 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 UW Health records, your revocation must be made in writing, signed by you or your legal representative, and mailed to: UW Health - Health Information Management (Release of Information), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.

**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: UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030.