



**AUTORIZACION PARA ACCESO AL HISTORIAL MÉDICO.
DEPARTAMENTO DE SALUD DE WYOMING.**

Cliente	Nombre (Primero, Segundo, Apellido)		Nombre Previo(s)	
	Dirección Actual			
	Dirección Previa (si es necesario)		<input type="checkbox"/> Actualizar dirección y teléfono	
	Fecha de Nacimiento		Número de Teléfono	
Información Divulgada DE	<input type="checkbox"/> División de Ancianos <input type="checkbox"/> Cuidado Prolongado Estatal Ombudsman <input type="checkbox"/> División de Servicios de Salud para la Conducta <input type="checkbox"/> Hogar para Veteranos de Wyoming <input type="checkbox"/> Licencias de Salud y Encuestas <input type="checkbox"/> Mujeres, Infantes y Niños (siglas en Inglés WIC) <input type="checkbox"/> Departamento de Inmunización <input type="checkbox"/> Centro para Recursos Vitalicios de Wyoming <input type="checkbox"/> Kid Care CHIP (División Financiera para la Salud) <input type="checkbox"/> Hogar Pioneer de Wyoming <input type="checkbox"/> Medicaid (División Financiera para la Salud) <input type="checkbox"/> Centro de Retiro de Wyoming <input type="checkbox"/> Oficina de Servicios de Emergencia de Medical (OEMS) <input type="checkbox"/> Hospital Estatal de Wyoming <input type="checkbox"/> Enfermera de Salud Pública (especificar condado): _____ <input type="checkbox"/> División de Salud Pública <input type="checkbox"/> Laboratorio de salud pública de Wyoming <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____			
Información Divulgada PARA	<input type="checkbox"/> YO <input type="checkbox"/> Individuo/Institución/Organización (enumeradas a continuación)			
	A/A/Depto:	Número de Teléfono	Número de Fax	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Método de Entrega	El historial deben enviarse por <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico _____ <input type="checkbox"/> El cliente los recogerá <input type="checkbox"/> Designado _____ <small>(Nombre de la persona designada/o)</small> <input type="checkbox"/> Acceso directo al cliente(s) constancia de vacunas del Registro de Vacunas de Wyoming (WyIR por sus siglas en Ingles) [Instituciones para Cuidado de Niños Solamente]			
Entregar la Información a	Entregue el siguiente historial: _____			
Proposito de Divulgación	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidados <input type="checkbox"/> Instituciones de Cuidado para Niños <input type="checkbox"/> Otros _____			

Vencimiento	Entiendo que esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firmo, salvo que se especifique lo contrario. (Fecha Alternativa de Vencimiento: _____)	
Anulación	Tengo conocimiento que hasta cierto punto, puedo revocar dicha autorización por escrito, al menos que el Departamento de Salud de Wyoming haya dispuesto ya de la misma . Entiendo que puedo revocar my autorización, enviando un petición por escrito ó un fax, expresando mi intención de cancelar la autorización al Departamento de Salud de Wyoming, Oficina de Privacidad, Seguridad y Contratos, 401 Hathaway Building, Cheyenne, WY 82002 ó a el número de fax (307) 777-7439.	
Cobros	Entiendo que se me podría cobrar un honorario razonable por recibir ó enviar una copia de susodicha información. El Departamento de Salud de Wyoming, me notificará si se require hacer pagos, así puedo tener la oportunidad de llegar a un acuerdo, alterar ó retirar mi solicitud antes de su procedimiento.	
Tengo conocimiento que la información dada a conocer, puede incluir datos relacionados con tratamiento para comportamiento, salud mental, drogas, alcohol y enfermedades sexuales transmitidas. Comprendo que dicha información, puede estar sujeta a una re-autorización por parte del destinatario, por lo cual dejará de estar protegida. Yo reconozco que no estoy bajo ninguna obligación de firmar esta autorización. Además entiendo que el Departamento de Salud de Wyoming, no establece condiciones relacionadas con la firma de esta autorización al recibir tratamientos, pagos, inscripción ó elegibilidad para obtener beneficios.		
Todas las solicitudes DEBEN ir acompañadas por un comprobante de identidad, como una fotocopia de la licencia de conducir estatal, firmada por un signatario.		
_____	_____	_____
Firma	Escriba su nombre	Fecha
Relación con el Cliente (si no es el cliente):		
<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Guardianes Legales <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____		
FOR OFFICE USE ONLY:		
Reviewed By: _____		Date: _____
Proof of Identity Reviewed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Notes: _____		
<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied (correspondence reference number: _____)		

Instrucciones para Completar la Autorización al Departamento de Salud de Wyoming para Divulgar su Historial Médico.

Ciente: Escriba el nombre del cliente ó clientes – nombre completo, nombre legal y/ó nombres anteriores.
Dirección actual y previa (si se requiere).
Si usted desea cambiar su dirección previa por la dirección actual, marque la casilla.
Fecha de nacimiento.
Número de teléfono del cliente (en caso que necesitemos hacerle preguntas).

Información Divulgada DEL: Seleccione a cuál división/programas/servicios, dentro del Departamento de Salud de Wyoming (WDH), usted que se divulge la información,

Información Enviada A: Escriba el nombre de la persona/servicios/organización que recibirán dicha información, adjunto con el nombre completo/dirección completa, ciudad, estado y número de contacto. Si la información se le enviará directamente a el cliente, seleccione YO.

Metodo de Entrega: Seleccione como debemos enviar esta información. Sólo el paciente puede recoger los documentos, al menos que elija a otra persona para hacerlo. Las divisiones/programas/servicios del WDH llamarán a el número de teléfono del cliente, para dejarle saber que los documentos están listos, así como la confirmación del lugar en el cual debe recogerlos.

Información que se Divulgará: Especifique los documentos que deben divulgarse. Incluya fechas si es posible.

Propósito de esta Divulgación: Seleccione el propósito de esta divulgación.

Vencimiento: Esta autorización vencerá en un año, al menos que se especifique lo contrario.

Envie por correo, fax o correo electrónico la autorización completada y firmada con prueba de identidad a:

División de Ancianos 2300 Capitol Ave, 4 th Floor Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-5340	División de Salud para Conducta 122 W. 25 th Street Herschler Bldg., 2 nd Floor West, Suite B Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-5849	Licencias de Salud y Encuestas 2300 Capitol Avenue, Suite 510 Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-7127
Departamento de Inmunización 122 W. 25 th Street Herschler Bldg., 3 rd Floor West Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-7996 Email: wdh.immrecords@wyo.gov	Medicaid / Kid Care CHIP 122 W. 25 th Street Herschler Bldg., 4 th Floor West Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-6964	Laboratorio de salud pública de Wyoming 208 S. College Drive Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-6442 Email: WDH-LabResultRequest@wyo.gov
Oficina de Servicios de Emergencia de Medical 122 W. 25 th Street Herschler Bldg., Suite 102E Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-5639	Enferma de Salud Pública 122 W. 25 th Street Herschler Bldg., 3 rd Floor West Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-7278	Cuidado Prolongado Estatal Ombudsman 2300 Capitol Avenue, 4 th Floor Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-7439
Hogar Para Veteranos 700 Veteran's Lane Buffalo, WY 82834 Fax: (307) 684-7636	Mujeres, Infantes y Niños (WIC) 122 W. 25 th Street Herschler Bldg., 3 rd Floor West Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-5643	Centro para Recursos Vitalicios de Wyoming 8204 Wyoming Highway 789 Lander, WY 82520 Fax: (307) 335-6792
Hogar Pioneer de Wyoming 141 Pioneer Home Drive Thermopolis, WY 82443 Fax: (307) 864-2934	Centro de Retiro de Wyoming 890 Highway 20 South Basin, WY 82410 Fax: (307) 568-3887	Hospital Estatal de Wyoming 831 Hwy 150 South Evanston, WY 82930 Fax: (307) 789-7373

Si usted está solicitando su historial de salud de más de un lugar del Departamento de Salud de Wyoming división/programa/departamento, envíe por correo electrónico ó fax la autorización terminada y firmada con la prueba de identidad al Departamento de Salud de Wyoming (WDH por sus siglas en Ingles) Oficina de Privacidad, Seguridad y Contratos (POVN por sus siglas en Inglés), 401 Hathaway Building, Cheyenne, WY 82002 ó envíe un Fax: (307) 777-7439. Si tiene usted algunas preguntas, por favor llame a OPSC al (307) 777-2990 ó 1 (866) 571-0944.