AUTORIZACION PARA ACCESO AL HISTORIAL MÉDICO.
DEPARTMENTO DE SALUD DE WYOMING.

Cliente	Nombre (Primero, Segundo, Apellido)	Nombre Previo(s)
	Dirección Actual	
	Dirección Previa (si es necesario) ☐ Actualizar dirección y teléfono	
	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono

Información Divulgada DE	☐ División de Ancianos	☐ Cuidado Prolongado Estatal Ombudsman
	☐ División de Servicios de Salud para la Conducta	☐ Hogar para Veteranos de Wyoming
	☐ Licencias de Salud y Encuestas	☐ Mujeres, Infantes y Niños (siglas en Inglés WIC)
	☐ Departamento de Inmunización	☐ Centro para Recursos Vitalicios de Wyoming
	☐ Kid Care CHIP (División Financiera para la Salud)	☐ Hogar Pioneer de Wyoming
	☐ Medicaid (División Financiera para la Salud))	☐ Centro de Retiro de Wyoming
	☐ Oficina de Servicios de Emergencia de Medical (OEMS)	☐ Hospital Estatal de Wyoming
	☐ Enfermera de Salud Pública (especificar condado): _____	
	☐ División de Salud Pública	☐ Laboratorio de salud pública de Wyoming
	☐ Otros (especificar): _____	

Información Divulgada PARA	☐ **YO ó** ☐ 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 ☐ Fax ☐ Correo ☐ Correo Electrónico _____ ☐ El cliente los recogerá ☐ *Designado* _____ *(Nombre de la persona designada/o)* ☐ 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	Entrege el siguiente historial: _____
Proposito de Divulgación	☐ Personal ☐ Continuidad de Cuidados ☐ Instituciones de Cuidado para Niños ☐ Otros_____

Vencimiento	Entiendo que esta autorización vencerá un año despúes 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 podria 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, drugas, alcohol y enfermadades sexuales transmitidas. Comprendo que dicha información, puede estar sujeta a una re-autorización por parte del destinatario, por lo cúal dejará de estar protegida. Yo reconozco que no estoy bajo ningúna obligación de firmar esta autorización. Además entiendo que el Departamento de Salúd de Wyoming, no establece condiciones relacionadas con la firma de esta autorizacion 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):

☐ Padres ☐ Guardianes Legales ☐ Otros (especificar)_____

FOR OFFICE USE ONLY:

Reviewed By: _____ Date: _____

Proof of Identity Reviewed: ☐ Yes ☐ No

Notes: _____

☐ Approved ☐ Denied (correspondence reference number: _____)

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

Cliente: Escriba el nombre del cliente ó clientes – nombre completo, nombre legal y/ó nombres anteriores.
Dirección actual y previa (si se require).
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 cúal 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 eliga 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 cúal 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 especifíque lo contrario.

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

División de Ancianos 2300 Capitol Ave, 4th Floor Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-5340	División de Salud para Conducta 122 W. 25th Street Herschler Bldg., 2nd 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. 25th Street Herschler Bldg., 3rd Floor West Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-7996 Email: wdh.immrecords@wyo.gov	Medicaid / Kid Care CHIP 122 W. 25th Street Herschler Bldg., 4th 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. 25th Street Herschler Bldg., Suite 102E Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-5639	Enferma de Salud Pública 122 W. 25th Street Herschler Bldg., 3rd Floor West Cheyenne, WY 82002 Fax: (307) 777-7278	Cuidado Prolongado Estatal Ombudsman 2300 Capitol Avenue, 4th 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. 25th Street Herschler Bldg., 3rd 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, envie 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 envie un Fax: (307) 777-7439. Si tiene usted algunas preguntas, por favor llame a OPSC al (307) 777-2990 ó 1 (866) 571-0944.