

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:    /    /

*Apellido*
*Primer nombre*
*Inicial del segundo nombre*

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_

*Ciudad*
*Estado*
*Código postal*

## Registros que se publicarán de:

- Confluence Health       Otro: \_\_\_\_\_

## Registros que se revelarán a: (por ejemplo, compañía de seguros, abogado, médico, paciente)

Nombre de la persona/Entidad (¿la **OMS** puede tener la información?): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona/Entidad (¿a **dónde** quiere que le enviemos la información?): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Calle*
*Ciudad*
*Estado*
*Código postal*

## PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN

- Atención continua/transferida     Abogado/Legal       Compañía de seguros       Otro  
 Uso personal       Facturación/Reclamos       Escuela/Empleo

## MÉTODO DE ENTREGA

Autorizo que mis registros sean entregados en el siguiente método:

Correo de EE. UU.: solo en papel     Fax       Ver/Acceder a la información médica personal  
 Correo electrónico     MyChart

**Imágenes** solo está disponible por correo electrónico seguro. Asegúrese de que su correo electrónico esté en la lista anterior y que Imágenes esté seleccionada abajo.

## INFORMACIÓN A SER REVELADA

- |   |   |   |  |                                 |
|---|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visita en el consultorio | <input type="checkbox"/> Vacunas                  | <input type="checkbox"/> Resumen de alta            | <input type="checkbox"/> Imágenes de rayos X | <b>Fechas/Años específicos:</b> |
| <input type="checkbox"/> Laboratorios             | <input type="checkbox"/> Informe de procedimiento | <input type="checkbox"/> Historial e informe físico | <input type="checkbox"/> Informe de imágenes |                                 |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos             | <input type="checkbox"/> Informe de emergencia    | <input type="checkbox"/> Registros de facturación   | <input type="checkbox"/> Otro: _____         |                                 |

## INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE

Si su información médica contiene alguno de los siguientes, marque todas las categorías que correspondan.  
**Al marcar una casilla abajo, está autorizando la revelación de información confidencial:**

Abuso de alcohol/drogas o sustancias     Registros de salud conductual/psicoterapia     Infecciones de transmisión sexual     Pruebas/Resultados de VIH/SIDA

## AUTORIZACIÓN

Entiendo que: Solicitudes de copias de registros médicos sujetas a tarifas de reproducción según las reglamentaciones federales/estatales. • Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y enviarse por correo al Departamento de manejo de información médica a la siguiente dirección: Confluence Health, PO Box 3510, Wenatchee, WA 98807 o por correo electrónico a HIM@ConfluenceHealth.org. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. •A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en 90 días a partir de la fecha de la firma. •El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a si firmo esta autorización. •Cualquier revelación de información conlleva el potencial de revelación no autorizada, y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.

Nombre en letra de molde del paciente/representante legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del menor (de 13 a 17 años) si solicita información confidencial: \_\_\_\_\_