



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Central Washington Hospital & Clinics
Wenatchee Valley Hospital & Clinics

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Apellido Nombre Iniciales del Segundo Nombre

Dirección: _____ Teléfono: () _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Records to be released from:

Central Washington Hospital & Clinics Otros: _____

Wenatchee Valley Hospital & Clinics

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN

Nombre de la Persona/Entidad (¿**Quién** puede tener la información?): _____ Teléfono: _____
 _____ Fax: _____

Dirección de la Persona/Entidad (¿**A dónde** quiere que se envíe la información?): _____ Correo electrónico: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN

Continuación/Transferencia de la Atención Representante/Legal Compañía de Seguros Otros

Uso Personal Facturación/Reclamos Escuela/Empleo

MÉTODO DE ENTREGA

Autorizo que se envíen mis registros con el siguiente método:

Correo de EE. UU. Fax Ver/Acceder a PHI

Correo electrónico MyChart

FORMATO DE LA DIVULGACIÓN

Solicito que se produzcan mis registros en el siguiente formato (A usar cuando se seleccione el Correo de EE. UU. o Recogida como método de entrega):

Papel Archivo digital en un CD

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA

<input type="checkbox"/> Visita al Consultorio <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Radiografías	<input type="checkbox"/> Vacunaciones <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Informe de Emergencias	<input type="checkbox"/> Resumen del Alta <input type="checkbox"/> Informe Quirúrgico <input type="checkbox"/> Registros de Facturación	<input type="checkbox"/> Informe de Antecedentes y Exámenes Físicos <input type="checkbox"/> Informe de Radiología <input type="checkbox"/> Otro: _____	Fechas/Años Específicos:
---	---	---	---	---------------------------------

INFORMACIÓN DE SALUD DELICADA

Si su información de salud contiene alguna de las siguientes, marque todas las categorías que correspondan.
Si marca una casilla a continuación, está autorizando la divulgación de información delicada:

Abuso de Alcohol/Drogas o Sustancias
 Registros de Psicoterapia/Salud Conductual
 Infecciones de Transmisión Sexual
 Resultados/ Pruebas de VIH/SIDA
 Informes Genéticos

AUTORIZACIÓN

Comprendo que: Las solicitudes de copias de los registros médicos pueden tener un costo de acuerdo con los reglamentos federales/estatales. • Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación se debe hacer por escrito y se debe enviar al Departamento de Administración de Información de Salud a la siguiente dirección: Confluence Health, P.O. Box 3510, Wenatchee, WA 98807. La revocación no aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. • A menos que se revoque, esta autorización vencerá 90 días a partir de la fecha en que se firme. • El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no puede estar condicionada a si firmo esta autorización. • La divulgación de información conlleva la posible divulgación no autorizada, y la información puede no estar protegida por los reglamentos de confidencialidad federales.

Nombre en Imprenta del Paciente/Representante Legal: _____ Relación con el Paciente: _____

Firma del Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del Menor (de 13-17 años de edad) si se Solicita Información Delicada: _____