



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

Registros que se liberan de:

- Central Washington Hospital & Clinics Otro: _____
- Wenatchee Valley Hospital & Clinics

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

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 **Solo imágenes de rayos X:**
 Correo electrónico MyChart Recoger – Radiología de CWH
 Recoger – Radiología de WVH
 Recoger – Radiología de Moses Lake

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA

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

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:

<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol/Drogas o Sustancias	<input type="checkbox"/> Registros de Psicoterapia/Salud Conductual	<input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Resultados/ Pruebas de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> 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: _____