

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 | Fechas/Años específicos: |
| <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: _____