



1. Información del paciente

Nombre: Fecha de nacimiento:
Dirección: Teléfono:
Ciudad / Estado: Número de registro médico:

Por este medio se otorga la autorización para divulgación de información

2. DIVULGAR DE:

DIVULGAR A:

Nombre: Dirección: Ciudad / Estado: Teléfono: Fax de la instalación:
(Solo la instalación. No enviamos fax directamente al número de fax personal del paciente.)

3. Propósito de la solicitud de información: Personal Continuation of care Legal Seguro Otro

4. CONSULTA: Últimos 2 años Últimos 3 años Últimos 5 años Todos los registros médicos Inmunizaciones
Cubriendo los periodos de atención médica desde: Fecha(s) específica(s) a O Presentes
y futuras Registros médicos relacionados al siguiente tratamiento / afección:

Informes de rayos-x (copia en papel) Informes e imágenes de rayos-x (CD) Facturas Otro:

5. ESTADÍA EN HOSPITAL: Yo autorizo la divulgación de la siguiente información médica del paciente (PHI en inglés) de mi(s) registro(s) médico(s): Registro(s) de Sala de Emergencias Informe(s) de laboratorio Informe(s) de radiología Registro de inmunizaciones Registro médico completo (todas las páginas) Radiografías / estudios de imágenes / rastreos radiológicos / medios radiológicos Registros de facturación desglosados Abstracto / Resumen (incluye Resumen del Alta, Historia y Físico, Informe(s) Quirúrgico(s), Consultas y Resultados de Pruebas Otro:
Formato de la divulgación: Registros en papel: Sí No Archivos digitales en CD: Sí No

6. Podrá divulgar información sobre pruebas, diagnósticos, y tratamiento para (marque todo lo que corresponda): Entiendo que la información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, servicios adquiridos o de salud mental, y tratamiento del uso de alcohol o drogas. La ley federal y estatal protege la siguiente información. Si esta información le corresponde, favor de indicar si le gustaría liberarla u obtenerla.
Registros de abuso de alcohol, drogas, o sustancias: Sí No Pruebas y resultados VIH: Sí No
Registros de salud mental / psicoterapia: Sí No Registros genéticos: Sí No

7. Opciones de entrega - Yo autorizo que mis registros sean: Enviados por correo de EE.UU MyChart Fax Recoger en: CWH WWH o recoger en:

8. Derechos del paciente Al firmar este formulario de autorización, yo entiendo que: La solicitud de copias de registros médicos está sujeta a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales y estatales. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y debe presentarse al Departamento de Manejo de Información de Salud a la siguiente dirección: Confluence Health, P.O. Box 489, Wenatchee, WA 98801. La revocación no aplicará a información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. A menos que de lo contrario sea revocada, esta autorización vencerá en 90 días desde la fecha de la firma. Si no especificó una fecha de vencimiento, evento, condición, esta autorización vencerá 90 días después de la fecha en que se firme. Tratamiento, pagos, inscripción, o elegibilidad para beneficios no pueden estar sujetos a la firma de esta autorización. Cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una re-divulgación sin autorización, y la información podría no estar protegida bajo las reglas federales de confidencialidad.

9. Examinar / Acceso de Información de Salud Protegida (PHI)

Firma del paciente o representante legalmente autorizado Fecha
Nombre en letra de imprenta Relación con el paciente (padre, madre, tutor legal, representante personal)
Firma del menor (También se requiere la firma del menor si el menor tiene 13 a 17 años) Fecha

PARA USO DE LA OFICINA (FOR OFFICE USE ONLY)

Form with checkboxes for Power of Attorney, Healthcare Power of Attorney, Court Order, Other, Drivers License, Photo ID, Other ID, Applicable Fees Paid, Release ID #, and Staff who prepared/released records with dates.