

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

I. Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad/Estado: _____

II. Información a divulgar

Información a ser revelada de: _____
Nombre y dirección de la instalación/proveedor _____

Información a ser revelada a:

Por favor, compruebe qué tipo de
archivos que desea:
 Libro archivos
 Los archivos digitales en el disco

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono: _____

Información a ser revelada:

- 2 últimos años 3 últimos años 5 últimos años Todos los registros médicos
 Registros médicos correspondientes a las siguientes fechas: _____
 Registros médicos relacionados con el siguiente tratamiento/problema: _____
 Otros (por ej., radiografías, facturas): _____

Podrá divulgar información sobre pruebas, diagnósticos y tratamiento para (marque todo lo que corresponda):

- VIH (virus del SIDA) Enfermedades de transmisión sexual Consumo de drogas y/o alcohol
 Trastornos psiquiátricos/de salud mental

Motivo de la divulgación:

- Personal Médico Abogado Seguro Otro _____

III. Derechos del paciente

Comprendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención de salud (tratamientos, pagos o inscripciones). Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectará ninguna medida ya tomada por el Wenatchee Valley Medical Center basada en esta autorización. No podré revocar esta autorización si el fin de la misma fuera obtener seguro. Para revocar esta autorización, debo escribir una carta al Wenatchee Valley Medical Center, a la atención de Cascade Copy Service. Esta información estará sujeta a re-divulgación y quizá ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Esta autorización vence: _____ (si quedara sin firmar, entonces vencerá 1 año después de la fecha de esta Autorización, o según lo requiera la RCW70.02.030(6), el plazo que sea más corto).

Firma del paciente o del individuo legalmente autorizado

Fecha

Nombre en imprenta si firmó en nombre del paciente

Relación
(padre/madre, tutor legal, representante personal)