



AUTORIZACIÓN PARA QUE LAKE CHELAN HEALTH UTILICE O REVELE MI INFORMACIÓN MEDICA

Lake Chelan Community Hospital P.O. Box 908 Chelan, WA 98816-0908	Health Information Management Phone: (509) 682-6123 Fax: (509) 682-1124	E-Mail: medrec@lcch.net	Method to be sent: <input type="checkbox"/> CORREO <input type="checkbox"/> PAPEL <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-MAIL
---	---	--	---

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre anterior: _____

Por este medio se concede la autorización para divulgar información medica

DIVULGAR DE: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____ Código Postal: _____ Fax: _____ E-mail: _____	DIVULGAR A: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____ Código Postal: _____ Fax: _____ E-mail: _____
--	---

Mi autorización

Ustedes podrán utilizar o revelar la siguiente información médica (marque todo lo que corresponda):

Cualquier información médica contenida en mi expediente.
 Información medica contenida en mi expediente médico relacionada con el siguiente tratamiento o enfermedad: _____
 Información médica de mi expediente médico correspondiente a la(s) fecha(s): _____
 Otra información (p.ej. radiografías, fracturas, fecha(s) específica(s): _____

Excluir la siguiente información:

<input type="checkbox"/> VIH (virus del SIDA)	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos/salud mental	<input type="checkbox"/> Alcoholismo o drogadicción

Razón(es) para la autorización (marque todo lo que corresponda):

Yo lo solicite

Otro (especifique) _____

Marque únicamente si LCCH solicita la autorización para fines de comercialización

Marque únicamente si LCCH recibirá pago o algo de valor por proporcionar información médica para fines de comercialización

Esta autorización vence:

A los 90 días de la fecha en que fue firmada

Cuando en siguiente evento ocurra

El día _____ (no mas de 90 días de la fecha de la firma)

II. Mis derechos

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para poder recibir beneficios de atención medica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, entiendo que debo firmar un formulario de autorización:

- Para participar en un estudio de investigación
- Para recibir atención medica cuando la finalidad es crear información medica para terceros.

Entiendo que mi información de alcohol y droga son protegidos por reglas federales que gobiernan sobre la información confidencial del Abuso de Alcohol y Droga por un paciente, 42 C.F.R. part 2, and Health Insurance Portability and Accountability act of 1996("HIPPA"), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 y no se revelara sin mi autorización escrita al menos proporcionadas en las reglas.

Yo puedo revocar esta autorización por escrito. En caso de hacerlo, eso no tendría ningún efecto sobre acciones ya realizadas por Lake Chelan Health sobre la base de esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su finalidad era obtener seguro. Esta autorización se puede revocar de dos maneras:

- Completar el formulario de revocación. El formulario se consigue por medio de Health Information Management, Lake Chelan Health.
- Escribirle una carta a Health Information Mangement, Lake Chelan Health.

Una ves que la información medica ha sido divulgada, la persona u organización que la recibe podría volver a revelarla. Es posible que las leyes de privacidad ya no amparen esa información.

Firma del paciente o individuo legalmente autorizado

Fecha

Hora

Testigo o person firmando a favor del paciente

Testigo o familiar (padre, tutor, representante, etc.)