LAKE CHELAN HEALTH

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

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

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

Nombre anterior:

Por este medio se concede la autorización para divulgar información medica

DIVULGAR DE:				**DIVULGAR A:**	
Nombre:	Lake Chelan Health			**Nombre:**	
Dirección:	PO Box 908			**Dirección:**	
Ciudad	Chelan	**Estado**	WA	**Ciudad**	**Estado**
Teléfono:	509-682-3300	**Código Postal**	98816	**Teléfono:**	**Código Postal**
Fax	509-682-1124			**Fax**	
E-mail	medrec@lcch.net			**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) especifica(s):** _____

Excluir la siguiente información:

- ☐ **VIH (virus del SIDA)**
- ☐ **Trastornos psiquiátricos/salud mental**
- ☐ **Enfermedades de transmisión sexual**
- ☐ **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 dia** _____ **(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 **O**
- 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 federals que goviernan 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.)**