

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

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:

☐ Lake Chelan Health PO Box 908, Chelan, WA 98816 Phone: (509)682-3300 Fax: (509)682-1124 Email: medrec@lcch.net
☐ 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 ☐ Memoria USB
☐ Correo electrónico
Imágenes está disponible en CD mediante código QR solo a través del Departamento de Radiología.

INFORMACIÓN A SER REVELADA

☐ Visita en el consultorio ☐ Vacunas ☐ Resumen de alta ☐ Imágenes de rayos X
☐ Laboratorios ☐ Informe de procedimiento ☐ Historial e informe físico ☐ Informe de imágenes
☐ Medicamentos ☐ Informe de emergencia ☐ Registros de facturación ☐ Otro:

Fechas/Años específicos:

INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE

Si su información de salud contiene alguno de los siguientes elementos, marque todas las opciones que correspondan para excluirlas.

Al marcar una casilla, usted excluye la divulgación 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 no estoy obligado a firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, sí debo firmar un formulario de autorización: para participar en un estudio de investigación O para recibir atención médica cuando el propósito sea generar información de salud para un tercero. - Entiendo que mis registros de tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas están protegidos por las normas federales que regulan la confidencialidad de los registros de pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas (42 C.F.R. Parte 2) y por la ley HIPAA de 1996 (45 C.F.R. Partes 160 y 164), y que no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo que las normas dispongan lo contrario. Una vez divulgada la información de salud, la persona u organización que la recibe puede volver a divulgarla; es posible que las leyes de privacidad ya no la protejan. - Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las normas federales o estatales. - Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe realizarse por escrito y enviarse por correo al Departamento de Gestión de Información de Salud de Lake Chelan Health a la dirección PO Box 908, Chelan, WA 98816, o por correo electrónico a medrec@lcch.net. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Esta autorización vencerá 90 días después de la fecha de firma, a menos que se especifique lo contrario: ☐ 1 año ☐ Otro: _____

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: _____