

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD RESTRINGIDA

Por favor, responda a Yakima Valley Memorial

Fax: 509-575-8685 Teléfono: 509-575-8082

(Por favor, muestre identificación con fotografía)

Nombre del paciente: _____ Nombre previo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Archivo médico: _____

YO autorizo a: _____ o a _____

Yakima Valley Memorial
15W Yakima Ave Suite 200
Yakima, WA 98902

Hospital, doctor, programa, agencia

Dirección

a que comparta mis archivos confidenciales:

Conmigo mismo, Hospital, doctor, programa, agencia

Dirección, Teléfono o Fax

El propósito de esta solicitud es: Continuar tratamiento/cuidado Archivos personales
 Para ayudar en un caso judicial Aseguradora

Fechas de tratamiento:(del) _____ (al) _____

ESTA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN APLICA A:

- Todo lo aquí indicado (o marque la casilla correspondiente de sólo la información específica a divulgar)
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Reporte de cirugía | <input type="checkbox"/> Reportes de rayos X |
| <input type="checkbox"/> Historia y físico | <input type="checkbox"/> Reporte de patología | <input type="checkbox"/> Reportes de EKG |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Archivo del depto. de emergencia | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Disco compacto con rayos X | <input type="checkbox"/> Estados de cuenta |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

Incluye

Excluye

Tratamiento/diagnosis de abuso de drogas o alcohol

Archivos de salud mental

Tratamiento/pruebas de HIV o SIDA

Enfermedad de transmisión sexual confirmada (STD)

Esta autorización expirará automáticamente después de 90 días o en esta fecha especificada: _____. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Manejo de Información de Salud. La revocación de esta autorización no puede ser retroactiva a una liberación de información hecha de buena fe. Entiendo que una vez que la información de salud que he autorizado a ser divulgada llegue al destinatario señalado, esa persona u organización pueden volver a divulgarla, en ese momento ya no puede ser protegida por las leyes de Privacidad. No vamos a negarle tratamiento si no firma esta autorización. Existe la posibilidad de que el destinatario descrito anteriormente pueda volver a divulgar su información de salud restringida.

Certifico que este formulario se me ha explicado completamente, que he leído o que se me ha leído, y que entiendo su contenido. Se me explicaron las secciones que no entendí.

Paciente o representante legal

Fecha y hora

Persona autorizada para firmar, si no es el paciente

Testigo

FIN

0M 0D MRN
ATN

Sp - Authorization to Release
Protected Health Information
Rev. 12-16 Form 67



RI0001

7/6/2021