Central WASHINGTON HOSPITAL

INFORMACIÓN MÉDICA
(MEDICAL INFORMATION)

Fecha: _____

1. Nombre del paciente _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

2. Fecha de nacimiento _____ Nº de expediente médico _____ Nº telefónico particular _____

Por este medio se otorga permiso para divulgar información.

3. De: Nombre CENTRAL WASHINGTON HOSPITAL Teléfono (509) 662-1511
Dirección P. O. BOX 1887 FAX (509) 662-6770
WENATCHEE, WA 98807-1887 Departamento de Emergencias FAX (509) 661-3550

4. Para: Nombre _____ Institución _____
Dirección _____
_____

5. El paciente solicita información con el siguiente propósito:
☐ Evaluación de diagnóstico ☐ Atención de seguimiento ☐ Legal
☐ Reembolso ☐ Personal

6. Información a ser divulgada: (el mínimo necesario)
☐ Resumen del alta ☐ Informes de progresos
☐ Antecedentes y examen físico ☐ Informes de operación
Otra _____

7. Excluya la siguiente información de los registros a ser divulgados (sírvase poner sus iniciales):

_____ Abuso de sustancias _____ Trastornos de la salud mental/psicoterapia
_____ Enfermedades de transmisión sexual _____ VIH/SIDA

8. Autorizo a que mis registros se envíen por fax: ☐ Sí ☐ No

9. Para las siguientes fechas de servicio: Desde _____ hasta _____

10. Esta autorización finaliza: (Este documento no permite divulgación de información sobre salud creada más de 90 (noventa) días a partir de la fecha en que se firma.)
☐ a los 90 días a partir de la fecha de su firma ☐ el (fecha):_____
El paciente puede negarse a firmar esta autorización. El paciente puede inspeccionar/copiar la información divulgada.

11. Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las Reglas de Confidencialidad Federal (42 C.F.R. Parte 2). Las reglas federales le prohíben divulgar cualquier otra información, a menos que se esto se permita expresamente por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita el 42 C.F.R. Parte 2.

El tratamiento no está condicionado a esta autorización. Esta autorización puede ser revocada por escrito (vea el Aviso sobre Prácticas de Privacidad) en cualquier momento, a menos que a causa de este formulario se hayan tomado acciones previas. La información médica divulgada al amparo de esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del receptor, y ya no quedar protegida por la norma de privacidad.

He leído, o me han sido leídas, y entiendo, las instrucciones e información arriba detalladas.

_____ _____
Firma del paciente o de su representante Fecha

_____ ☐ Foto ☐ Otra identificación _____
Relación del representante

FOR OFFICE USE ONLY

_____
Staff who copied records Date

_____
Staff who released copy Date

Copia blanca: Expediente médico
Copia amarilla: Paciente

REQUEST AND AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS
SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS
OF6.01.A