



Autorización para divulgar información médica

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Otros nombres que usa:			
Fecha de nacimiento:	N.º de teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Solicito que mi información médica protegida (IMP) se obtenga de:

Persona/Agencia:			
N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Solicito que mi información médica protegida (IMP) se proporcione a:

Persona/Agencia:			
N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Autorizo que se divulgue la siguiente IMP:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Registros de tratamientos | <input type="checkbox"/> Registros de diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> Plan de atención | <input type="checkbox"/> Notas del caso/progreso | <input type="checkbox"/> Recetas |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de tuberculosis/tratamiento para la tuberculosis | <input type="checkbox"/> Registro completo | <input type="checkbox"/> Registros de ETS |
| <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de orina/respiración | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de sangre/laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Divulgar mi IMP en las siguientes fechas específicas: _____ a _____

Entiendo que la información de mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y sobre tratamientos por consumo de alcohol y drogas. Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Registros de consumo de alcohol/sustancias | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Fechas: _____ |
| Pruebas del VIH y resultados | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Fechas: _____ |
| Registro de salud mental | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Fechas: _____ |



Registros de psicoterapiaSí No

Fechas: _____

Motivo de la divulgación de la información médica: A petición mía Coordinación de la atención Legal Laboral Académico Otros: _____**Información adicional del cliente:**

Condiciones: no podemos condicionar su derecho a recibir nuestros servicios de atención médica a la firma de esta autorización. Sin embargo, si el tratamiento que se brindará es con fines de investigación, deberá firmar esta autorización para que podamos brindarle dicho tratamiento.

Otros usos y divulgaciones: cuando usamos su información médica o la divulgamos a otras partes como usted lo ha indicado en esta autorización, no tendremos la capacidad de controlar si dichas partes pueden seguir usando o divulgando su información médica. En tal situación, es posible que su información médica divulgada ya no esté protegida por las leyes estatales (capítulo 70.02 del Código Revisado de Washington) y las leyes federales (título 42, parte II, del Código de Regulaciones Federales).

Vencimiento: esta autorización vencerá trescientos sesenta y cinco (365) días después de la fecha presente en ella. Después de la fecha de vencimiento, deberemos obtener una nueva autorización de su parte si así lo exige la ley.

Revocación: tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento de acuerdo con nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Cuando recibamos su revocación, dejaremos inmediatamente de usar o divulgar la información médica que usted nos autorizó a usar y divulgar en este formulario de autorización. Su revocación no se aplicará a los usos y divulgaciones que hicimos en su nombre de conformidad con esta autorización antes del momento en que recibimos su revocación por escrito.

Cualquier copia facsímil o fotocopia de la autorización permitirá la divulgación de los registros solicitados en este documento. Al firmar a continuación, acusa recibo de una copia firmada de esta autorización.

Firma del cliente (padre o representante legal, si corresponde)

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación/Autoridad

**Adjunte documentación legal si es el tutor legal o tiene un poder notarial médico.*

Solo para uso interno:					
Fecha de recepción:			Recibido por:		
Fecha de envío:		Solicitud enviada a:		División:	
Copias proporcionadas por:					
Copias proporcionadas el:					
Breve descripción de los registros proporcionados:					