

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Yo, _____
Nombre del paciente
Fecha de nacimiento

- Bridges E&T
 Ellensburg
 Goldendale
 Pasco
 Selah E&T
 Sunnyside
 Two Rivers Landing E&T
 Walla Walla
 White Salmon
 Yakima
 Yakima Competency Restoration Center

Autorizo a Comprehensive Healthcare para::

- Enviar información a:**
 Obtener información de:
 Intercambiar información con:

Organismo/Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____
 Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
 Correo electrónico _____
 (Solo para enviar mensajes de correo electrónico cifrado)

- Con el propósito de:**
 Coordinación de atención
 Legal
 Personal
 Otro (especificar) _____

Esta solicitud y autorización concierne a (marcar lo que corresponda):

- Tratamiento de Salud y/o**
 Tratamiento en Disorden de Uso de Sustancias

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación de ingreso | <input type="checkbox"/> Evaluación por trastorno por uso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Notas del médico | <input type="checkbox"/> Informes de avance (cumplimiento/incumplimiento) |
| <input type="checkbox"/> Notas del terapeuta | <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Todos los Registros de Uso de Sustancias |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Resultados de Analisis |
| <input type="checkbox"/> Todos los Registros de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Resultados de Prueba de Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Labs |

Le gustaría recibir la información por: papel o electrónicamente

Esta autorización vencerá _____, o bien el: 30 días después de finalizar del tratamiento.
 (Fecha o circunstancia)

Si esta autorización va dirigida a una institución financiera o a mi empleador y no tiene finalidad de pago, vencerá 90 días después de ser firmada.

Envíe las autorizaciones por correo o por fax a:

COMPREHENSIVE HEALTHCARE, P.O. Box 959, Yakima, WA 98907 fax (509) 575-4234
teléfono (509) 575-4084

Entiendo que mi historia clínica está protegida por la legislación federal y/o la legislación del estado de Washington y que no puede revelarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las normas dispongan lo contrario (Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR, por sus siglas en inglés] [si estoy recibiendo servicios de tratamiento por dependencia de sustancias químicas]). También entiendo que se exigirá mi consentimiento por escrito para revelar cualquier información de atención médica relacionada con los análisis, el diagnóstico y/o el tratamiento relativos al VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, trastornos psiquiátricos o de salud mental y consumo de alcohol o drogas, a menos que las normas dispongan lo contrario. Si me han hecho análisis o he recibido tratamiento por VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, trastornos psiquiátricos o de salud mental y consumo de alcohol o drogas, o me han diagnosticado alguna de estas afecciones, autorizo específicamente a revelar toda la información de atención médica relacionada con dichos análisis, diagnóstico o tratamiento, conforme se indicó anteriormente. Entiendo que, una vez que la información anterior haya sido revelada, el receptor puede volver a revelarla (excepto cuando esté prohibido hacerlo), y es posible que las leyes o las normas federales relativas a la privacidad no protejan dicha información. Entiendo que autorizar el uso o la revelación de la información identificada anteriormente es un acto voluntario. Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica (tratamiento, pago, inscripción o derechos a los beneficios). Sin embargo, habrá que firmarla para los servicios de atención médica que sean necesarios a fin de elaborar una evaluación o un informe de revelación para el receptor identificado en esta autorización. **Esta autorización puede revocarse en cualquier momento mediante una notificación por escrito al Medical Records Department (Departamento de Historias Clínicas), P.O. Box 959, Yakima, WA 98907; sin embargo, no se verán afectadas las medidas que ya se hayan tomado conforme a esta autorización.** COMPREHENSIVE HEALTHCARE puede cobrar una tarifa razonable por la reproducción de las historias clínicas (Código Revisado de Washington [RCW, por sus siglas en inglés] 70.02.010).

Si el paciente tiene 12 años o menos, deberá firmar esta autorización el padre o la madre. Los pacientes de 13 años en adelante deben firmar esta autorización para que tenga validez

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y acepto los términos en ambos lados de este formulario.

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

En caso de que lo firme otra persona distinta al cliente, proporcione la relación y la descripción de autorización.

Escribir en Letra Molde Nombre del Consumidor

Fecha de nacimiento

ACCION INTERNA REQUERIDA:: Solicitar Expediente Enviar
Expediente Presebta Autorizacion de Entrega de Expediente
 Copia entregada a Consumidor Copia autorizada por Consumidor

Para Uso de Registros Medicos Unicamente :