****

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |       |  |       |
|  | Nombre del paciente |  | Fecha de nacimiento |

**Yo Autorizo a Comprehensive Healthcare a:**

[ ]  **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 enviarmensajes decorreo electrónico cifrado) |
|  |  |
| **Con el propósito de:** [ ]  Coordinación de atención [ ]  Cobertura Médica/ Beneficios [ ]  Legal [ ]  Personal  |  |
| [ ]  Otro (especificar) |  |  |

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

**[ ]  Tratamientoi de Salud y/o** **[ ]  Tratamiento en Disorden de Uso de Sustancias**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Todos los Registros de Salud Mental  |  | [ ]  Todos los Registros de Uso de Sustancias |
| [ ]  Evaluación de ingreso |  | [ ]  Evaluación por trastorno por uso de sustancias |
| [ ]  Evaluación psiquiátrica |  | [ ]  Informes de avance (cumplimiento/incumplimiento) |
| [ ]  Notas del médico |  | [ ]  Resumen del alta médica |
| [ ]  Notas del terapeuta |  | [ ]  Resultados de Análisis de Orín |
| [ ]  Planes de tratamiento |  | [ ]  Resultados de Prueba de Tuberculosis |
| [ ] Otro |  |  | [ ]  Resultados de Laboratorio |

Le gustaría recibir la información por: [ ]  Papel [ ]  CD [ ]  Correo Electrónico

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Esta autorización se vencerá**  |       | **, o:** [ ]  **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. 42 CFR parte 2 prohíbe divulgar su historia clínica sin autorización. 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 a Health Information Management Department (Departamento de Archivos Médicos), 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.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Escribr en Letra Molde Nombre del Consmidor  |  | Fecha de nacimiento |

**ACCION INTERNA REQUERIDA:** [ ] Solicitar Expediente[ ]  Enviar
Expediente [ ]  Archivar Autorizacion de Entrega de Expediante

[ ]  Copia entregada a Consumidor [ ] Copia autorizada por Consumidor