

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 enviar mensajes de
correo 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):

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

- Todos los Registros de Salud Mental
- Evaluación de ingreso
- Evaluación psiquiátrica
- Notas del médico
- Notas del terapeuta
- Planes de tratamiento
- Otro

- Todos los Registros de Uso de Sustancias
- Evaluación por trastorno por uso de sustancias
- Informes de avance (cumplimiento/incumplimiento)
- Resumen del alta médica
- Resultados de Análisis de Orín
- Resultados de Prueba de Tuberculosis
- Resultados de Laboratorio

Le gustaría recibir la información por: Papel CD Correo Electrónico

Esta autorización se vencerá expira un año después de ser firmada.

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. Las partes acuerdan que este acuerdo puede firmarse electrónicamente. Las partes acuerdan que las firmas electrónicas que aparecen en este acuerdo son las mismas que las firmas manuscritas a los efectos de validez, exigibilidad y admisibilidad.

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
 Archivar Autorizacion de Entrega de Expediente
 Copia entregada a Consumidor Copia autorizada por Consumidor