

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Yo Autorizo a Comprehensive Healthcare a Intercambiar Información Con:

Organización/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 Mental y/o **Tratamiento en Desorden de Uso de Sustancias**

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

Le gustaría recibir la información por: Papel CD Correo Electrónico

Esta autorización expira un año 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 autoridad.

Escribir en Letra Molde el 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

Staff Assisting with Authorization form: _____