

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 encriptado)

Todos los archivos serán enviados electrónicamente a el correo electrónico indicado arriba, a menos que no haya indicado un método alterativo: *Método alternativo preferido(opcional):* Papel Disco Compacto Fax

La información intercambiada es para el propósito de:

Coordinación de atención Beneficios Legal Personal Otro: _____

Esta autorización aplica a los siguientes tipos de archivos (marcar lo que corresponda):

Todos los archivos de tratamiento de salud mental, tratamiento en desorden de uso de sustancias y/o tratamiento médico (o especifique abajo)

Tratamiento de Salud Mental

- Todos los Registros de Salud Mental
- Evaluación de ingreso
- Evaluación psiquiátrica
- Notas del médico
- Notas del tratamiento
- Planes de tratamiento
- Resultados de Laboratorio
- Resultados de Análisis de Orín
- Informes de avance
- Resumen del alta médica
- Otro _____

Tratamiento en Desorden de Uso de Sustancias

- Todos los Registros de Uso de Sustancias
- Evaluación por trastorno por uso de sustancias
- Notas del médico
- Notas del tratamiento
- Planes de tratamiento
- Resultados de Prueba de Tuberculosis
- Resultados de Análisis de Orín
- Resultados de Laboratorio
- Informes de avance
- Resumen del alta médica
- Otro _____

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. 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).

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.

Esta autorización expira un año después de ser firmada. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y acepto los términos en ambos lados de este formulario.

Firma del Cliente (si tiene la edad de 13 años o más, la firma tiene que estar presente para que esta autorización sea válida. Si el cliente tiene 12 años o menos, solamente se necesita el nombre y fecha de nacimiento).

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____
 Firma del Cliente _____

Firma del padre o tutor requerida si el cliente tiene 12 años o menos (incluya su nombre en letra de molde y relación hacia el cliente, ejemplo: padre, tutor, ect.).

Nombre en letra de molde: _____ Relación _____ Fecha _____
 Firma del padre o tutor: _____

Favor de mandar todas las autorizaciones o información por correo, fax o correo electrónico:

Dirección Postal: Comprehensive Healthcare P.O. Pox 959, Yakima, WA 98907
Fax: (509) 575-4234
Correo electrónico: HIMemail@comphc.org

Si usted tiene alguna pregunta favor de llamar a el departamento de archivos médicos al teléfono (509) 576-4340.

For Internal Use Only:

Copy of Release:	<input type="checkbox"/> Provided to Client	<input type="checkbox"/> Declined by Client	
Medication Management Only Referral:	<input type="checkbox"/> Medical Provider	<input type="checkbox"/> Therapist	
HIM Action Requested:	<input type="checkbox"/> Request Records	<input type="checkbox"/> Send Records	<input type="checkbox"/> File Release in Chart