

1. Información del paciente:

Nombres del paciente
(Apellidos, 1º, 2º Nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
Otros o previos nombres: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

2. Registros a ser divulgados entre:

Nombre: **Mid-Valley Hospital and Clinic** Domicilio: **810 Jasmine St.** Ciudad: **Omak** Estado: **WA** Código: **98841**
Nombre: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

3. Registros a ser divulgados a: (p.ej. Compañía de seguros, abogado, médico, el paciente)

Abogado Seguro Médico o nuevo médico Personal Otro (especifique): _____

Nombre (Con QUIÉN se puede intercambiar información): _____

Teléfono: _____ Número FAX: _____ Email: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

4. Propósito de la divulgación

Abogado Seguro Médico o nuevo médico Personal Otro (especifique): _____

5. Forma de entrega (Yo autorizo que se entregue mi registro de las formas seleccionadas)

Correo Email Portal internet FAX Recoger en el Mid-Valley Hospital

6. Información a ser divulgada:

- Reciente 2 años del hospital y clínica (informe médico, estudios, radiografías y estudios especiales)
 Clínica (consulta, análisis, radiología, medicinas, vacunas)
 Hospital (historial clínico, resumen del alta, consultas, servicio de urgencias, análisis, radiología, estudios especiales, informes de cirugía)
 Información específica (especifique): _____
 Facturación Informes o imágenes radiológicas Análisis o estudios

INDIQUE FECHAS DE SERVICIO:

7. Información delicada de salud: (Al marcar una casilla a continuación, usted autoriza la divulgación de información delicada)

Abogado Seguro Médico o nuevo médico Personal Otro (especifique): _____

8. Autorización:

Yo comprendo que: 1) Solicitudes de copias de registros médicos sujetas a los honorarios de reproducción de copias de acuerdo con el reglamento federal o estatal. 2) La autorización se vence a los 365 días contados desde la fecha en que se firma, a menos que no se señale otra fecha (Otra fecha: _____). 3) Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Precisa hacer la revocación por escrito, enviándola por fax al (509)826-7678 o por correo al PO Box 793 Omak, WA 98841. Una revocación no aplica a la información que ya haya sido divulgada en razón de esta autorización. 4) Cada vez que se divulgue información existe el riesgo de una divulgación no deseada sin autorización, y puede ser que la información no sea protegida por el reglamento federal de confidencialidad.

Nombre en letra de molde de paciente o su apoderado: _____ Relación con el paciente: _____

Firma de paciente o apoderado: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de menor de edad (13 a 17 años) si se solicita información delicada: _____

No tiene validez si no se presenta **UNA I.D. VIGENTE CON FOTO**