

### 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\*\***