

### 1. Información del paciente:

Nombre del paciente  
 (Apellidos, 1º, 2º Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Otros o previos nombres: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

### 2. Registros a ser divulgados entre:

Nombre: Mid-Valley Hospital and Clinic Dirección: 810 Jasmine St. PO Box 793 Ciudad: Omak Estado: WA Código: 98841 Fax: (509) 826-7678

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

Nombre (Con QUIÉN se puede intercambiar información) \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

### 4. Propósito de la divulgación:

Abogado  Seguro  Médico o nuevo médico  Personal  Otros (especificar): \_\_\_\_\_

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

Correo de EE.UU  Correo electrónico  Portal de paciente  Fax  Recoger en el Mid-Valley Hospital

### 6. Información a ser divulgada: **INDIQUE FECHAS/AÑOS DE SERVICIO:**

- 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

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

VIH/SIDA  Infecciones de transmisión sexual  Abuso de alcohol/drogas o sustancias  Registros de Salud Conductual / Psicoterapia  Otros: \_\_\_\_\_

### 8. Autorización:

Esta información se ha divulgado a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2 (/regulaciones/42/2)). Las regulaciones federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información en este registro sin el consentimiento específico por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por 42 CFR parte 2 (/regulaciones/42/2)). Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto según lo dispuesto en §§ 2.12 (/regulaciones/42/2.12) (c) (5) y 2.65 (/regulaciones/42/2.65)). La información de salud protegida por del paciente (PHI, por sus siglas en inglés) no se utilizará ni divulgará con el fin de investigar o imponer responsabilidad por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar la atención legal de la salud reproductiva, y obtener certificaciones para usos y divulgaciones de PHI potencialmente relacionados con la atención de la salud reproductiva con fines de supervisión de la salud, aplicación de la ley, procedimientos judiciales o administrativos, médicos forenses, y examinadores medicas.

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 señala otra fecha (Otra fecha: \_\_\_\_\_). 3) Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse 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.

Firma de paciente o apoderado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de molde de paciente o su 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\*\***