



**AUTHORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**Información del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE OBTENER INFORMACIÓN DE:**

**POR FAVOR ENVÍE LA INFORMACIÓN A:**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Clínica/Organización/Médico

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona o el Médico

\_\_\_\_\_  
Dirección (Calle/Apartado Postal)

\_\_\_\_\_  
Dirección (Calle/Apartado Postal)

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Información que será divulgada:**

- Todos los expedientes médicos (*podiera ser muy extenso*)
- Expedientes médicos para las fechas de: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_
- Expedientes médicos relacionados con el siguiente tratamiento o condición:

- \_\_\_\_\_  
 Facturas  
 Otro (Por ejemplo radiografías, análisis): \_\_\_\_\_

Usted **debe** concedernos permiso para que divulguemos información concerniente a las siguientes condiciones por medio de poner sus iniciales en cada punto que aplique a usted:

- |  |   |
|--|---|
| _____ Información sobre VIH/SIDA/ETS       | _____ Trastornos psiquiátricos/salud mental |
| _____ Información sobre drogas y/o alcohol | _____ Información sobre estudios genéticos  |

La razón por la divulgación es la siguiente:

- Personal    Médico    Abogado    Seguro    Otro \_\_\_\_\_

**Derechos del Paciente**

Yo entiendo que se me puede cobrar para que se obtengan los expedientes y que al firmar este formulario estoy de acuerdo en pagar todos los gastos razonables relacionados con esto. No se me cobrará si estos expedientes son enviados directamente a otro médico para la continuación de la atención médica. El Departamento para la Administración de Información Médica tiene 14 días para completar su petición, de acuerdo a las directrices del Estado de Washington.

Yo puedo anular esta autorización por escrito en cualquier momento. La única excepción es cuando ya se ha tomado acción por lo expresado en la autorización. Este consentimiento permanecerá en efecto por el periodo que sea necesario para completar la petición.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del individuo autorizado legalmente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde si se ha firmado a favor del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación (padre, guardián legal, etc.)

Por favor devuelva el formulario completado a: North Valley Hospital  
 Medical Records  
 203 South Western Ave  
 Tonasket, WA 98855

Envíe por Fax al: (509) 486-3176  
 Si tiene preguntas: (509) 486-3181

**PUBLIC HOSPITAL DISTRICT No. 4, OKANOGAN COUNTY, WASHINGTON**