



Autorización para Revelar Información de Salud - *Por favor llene ambas páginas.*

Enviada por correo Enviada por Fax Entregada en la oficina Fecha de Expiración: _____

Nombre del (la) Paciente: _____ También conocido(a) como: _____

Fecha de Nac.: _____ No. de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____ C. Pos.: _____ Teléfono: _____

I. Yo autorizo a que se revele la siguiente información (escriba sus iniciales abajo en las casillas pertinentes):

Inicial	Tipo de Registro	Fechas		Inicial	Tipo de Registro	Fechas	
		De	A			De	A
	Resumen de la Alta/Instrucciones/ Plan				Crisis/ Desert Hope		
	Historial y Examen Físico/ Consulta				Cartas/Formularios		
	Nota de la Oficina				Nota de Evaluación/ Ingreso/ Admisión		
	Registros de Vacunación				Asistencia/Cumplimiento del Tratamiento		
	Registro de la Sala de Emergencias				Otro		
	Reporte Operativo						
	Notas de Progreso						
	Resultados de Laboratorio/ Patología/ Radiología						
	Notas de Terapia/ Plan de Tratamiento						
	Comunicado Verbalmente				Todos los registros		

II. Desearía que la siguiente información sea INCLUIDA de los materiales revelados (escriba sus iniciales abajo en las casillas pertinentes).

Abuso Alcohol/Drogas Salud Mental Enfermedades de Transmisión Sexual
 Pruebas Genéticas Pruebas Genéticas Hepatitis B y/o C VIH/SIDA

Si alguna de estas casillas no se marca aplica la siguiente notificación: Esta información se le ha revelado a usted de registros protegidos por Reglamentos Federales de Privacidad (42 CFR (Código de Reglamentos Federales), Parte 2). Los Reglamentos Federales le prohíben a usted que revele ulteriormente esta información a menos que la revelación ulterior esté expresamente permitida mediante el consentimiento escrito de la persona a quien le concierne, o de otra manera permitida por 42 CFR, Parte 2. Una Autorización General Para Revelar Información Médica u otra información **NO ES** suficiente para este propósito. Los Reglamentos Federales restringen el uso de información para investigar o procesar judicialmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas. [52 FR 21809, June 9, 1987; 52 FR 41997, Nov 2, 1987]

III. Deseo que la información descrita arriba se prepare mediante el siguiente proceso (por favor marque lo pertinente):

***Hay una cuota (costo) correspondiente a la preparación de los registros.**

Fotocopia Disco Compacto (Imágenes de Radiografía)



Health Information Management

Release of Protected Health Information - Spanish

IV. Comprendo:

1. Que puedo revocar esta autorización por escrito entregando el aviso de revocación al /la Directora(a) de Registros Médicos en cualquier momento, excepto si la revelación es para obtener el pago del tratamiento, operación o según se declare en el Aviso de Prácticas de Privacidad y excepto hasta el grado en que la gestión se haya realizado en base a esta autorización.
2. Esta autorización prescribe en noventa (365) días o antes si se especifica aquí: _____
3. La información Protegida de Salud se revela a quienes no se requiere que cumplan con las reglas federales de protección. Dicha información puede ser revelada nuevamente y ya no estaría protegida por las reglas federales de protección a la privacidad. Este centro, sus ejecutivos(as), empleados(as) y médicos quedan exentos(as) de cualquier responsabilidad o compromiso legal derivado de la revelación de la información arriba mencionada hasta el grado indicado y autorizado aquí mismo.
4. Yo no tengo que firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento, inscribirse en el acuerdo de pagos o tener elegibilidad para beneficios de Lourdes Health Network.
5. Tengo derecho a revisar y recibir copias de mi información protegida de salud, según lo dispuesto en las normas federales de privacidad. Se autorizan 15 días hábiles para responder a las solicitudes y 21 días en circunstancias difíciles.
6. Podría haber costos relacionados con la solicitud de mis registros que no deberán exceder los permitidos según la sección 70.02.010. del Código Revisado de Washington (RCW 70.02.010).

Comprendo que mis registros están protegidos bajo la Ley Federal y/o la Ley del Estado de Washington y no pueden ser revelados sin mi consentimiento escrito a menos que esté dispuesto de otro modo en los reglamentos incluyendo el Título 45 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R) Partes 160 y 164 (Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) y Título 42 C.F.R. Parte 2.
 Comprendo que una autorización general no es suficiente para revelar información de salud relacionada con pruebas, diagnóstico y/o tratamiento para el alcoholismo / dependencia química - Reglamentos Federales; Salud Mental/Psiquiátrica - Código Revisado de Washington (RCW) 71.05.390 - Código Revisado de Washington RCW 71.05.440; Registros de Enfermedades de Transmisión Sexual incluyen SIDA/ VIH - Código Revisado de Washington RCW 70.24.105, y Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico HIPAA 1996 y no pueden ser revelados sin mi consentimiento escrito a menos que esté dispuesto de otra manera en los reglamentos. También comprendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir beneficios de atención de salud (tratamiento, pago, inscripción, o tener elegibilidad para beneficios) excepto para servicios de atención de salud necesarios para crear una evaluación o reporte para la revelación a la persona receptora identificada en esta autorización.

V. Deseo que la información descrita arriba sea revelada de y para las personas u organizaciones que aparecen abajo:

✓	DE	✓	PARA
<input type="checkbox"/>	Lourdes Health Network 520 N. Fourth Ave. Pasco, WA 99301	<input type="checkbox"/>	Nombre de la persona u organización: _____ Dirección / Calle _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Fax _____ Teléfono _____
<input type="checkbox"/>	Lourdes Counseling Center 1175 Carondelet Dr. Richland, WA 99354		
✓	DE	✓	PARA
<input type="checkbox"/>	Nombre de la persona u organización: _____ Dirección / Calle _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Fax _____ Teléfono _____ Dirección electrónica _____	<input type="checkbox"/>	Lourdes Health Network 520 N. Fourth Ave. Pasco, WA 99301
		<input type="checkbox"/>	Lourdes Counseling Center 1175 Carondelet Dr. Richland, WA 99354

PODRÍAN APLICARSE CARGOS POR LA SOLICITUD DE REGISTROS

El propósito de esta revelación de información de salud del/la paciente es (por favor marque lo pertinente):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Legal/lesiones personales | <input type="checkbox"/> Tratamiento o consulta |
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

Firma del Paciente /Representante del/la Paciente _____ Fecha: _____

Nombre impreso del/la Paciente o Representante: _____

Firma del/la Tutor(a)/Apoderado(a) Legal: _____ Fecha: _____

(UNICAMENTE PARA USO DEL PERSONAL) Identidad del/la Solicitante Verificada por medio de (Inicial): Identificación con Fotografía ____ Firma Cotejada ____ Otro ____



Health Information Management

Release of Protected Health Information - Spanish