



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

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 del Alta				Fotografía/Video		
	Historial y Examen Físico				Cartas/Formularios		
	Nota de Admisión/ Visita Inicial para Evaluación de Salud Conductual				Resultados de Evaluación		
	Instrucciones al ser dado(a) de Alta				Resumen de Diagnostico(s)		
	Registro de la Sala de Emergencias				Resultados de Examen de Orina/Tuberculosis		
	Reporte de Consulta / Operativo				Asistencia/Cumplimiento del Tratamiento		
	Notas de Progreso				Actualización/Reporte de Evolución de Progreso		
	Resultados de Laboratorio/ Patología				Historial del Caso Penal		
	Reportes de Radiología / Electrocardiograma				Verificación de Fuentes de Financiación		
	Notas de Terapia/Plan de Tratamiento				Otro		

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 escriba sus iniciales):

Fotocopia Disco Compacto

IV. Deseo que la información descrita arriba se provea usando el siguiente proceso (por favor escriba sus iniciales):

Se envíe por correo Se envíe por fax Se comunique verbalmente

Se entregue a esta persona: _____



Health Information
Management

**Release of Protected Health
Information - Spanish**



V. **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.

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

<input checked="" type="checkbox"/>	DE	<input checked="" type="checkbox"/>	PARA
<input type="checkbox"/>	Lourdes Health Network 520 N. Fourth Ave. Pasco, WA 99302-2568	<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	<input type="checkbox"/>	
<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 99302-2569 <input type="checkbox"/>
		<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 escriba sus iniciales):

Legal/lesiones personales Seguro Tratamiento o consulta Seguro Social Discapacidad
 Uso personal Cobros o reclamos de pago Gobierno: 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: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

(SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN) Identidad del/la Solicitante Verificada por medio de (Inicial): ID con Fotografía _____ Firma Cotejada _____ Otro _____



Health Information Management

Release of Protected Health Information - Spanish