

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE



Health Information Management Department 1200 12 th Ave S., Suite 901, Seattle, WA 98144/T: 206.548.3043/F: 206.461.8382 Correo electrónico: healthrecords@neighborcare.org				NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (opcional)	
Información del paciente					
Nombre del paciente:				Fecha de nacimiento: / /	
Nombre anterior:				Número de teléfono:	
Información que se va divulgar DE:			Información que se va a divulgar A:		
<input type="checkbox"/> Neighborcare Health	<input type="checkbox"/> Otro (consulte a continuación)		<input type="checkbox"/> Neighborcare Health	<input type="checkbox"/> Otro (consulte a continuación)	
Nombre:			Nombre:		
Dirección:			Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Fax:		Número de teléfono:	Fax:	
¿Cómo quiere que se difundan sus registros? (Seleccione uno. Los registros se enviarán en papel si no se especifica).					
<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado (ingrese una dirección de correo electrónico):			
¿Por qué se divulga esta información?					
<input type="checkbox"/> Traspaso asistencial		<input type="checkbox"/> Uso personal		<input type="checkbox"/> Uso legal	
<input type="checkbox"/> Otros:					
¿Qué tipo de información quiere que se divulgue?					
<input type="checkbox"/> Todos los registros del año pasado		<input type="checkbox"/> Todos los registros de todas las fechas de servicio		<input type="checkbox"/> Registros de vacunas	
<input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio más recientes		<input type="checkbox"/> Resultados de exámenes de tuberculosis más recientes		<input type="checkbox"/> Resultados de exámenes radiológicos más recientes	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):					
Comunicación verbal					
<input type="checkbox"/> Autorizo a Neighborcare Health a hablar sobre mi atención médica con la persona especificada anteriormente.					
Información sensible					
A menos que especifique lo contrario a continuación, autorizo la divulgación de toda la información confidencial, en relación con exámenes, diagnósticos o tratamientos de enfermedades mentales/psiquiátricas, consumo de drogas o alcohol, VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual.					
<input type="checkbox"/> NO autorizo que se divulgue esta información.					
Fecha de caducidad					
Esta autorización expirará <i>un año</i> después de la fecha firmada a continuación, a menos que se indique lo contrario: / /					
Mis derechos como paciente de Neighborcare Health					
Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para poder recibir beneficios de atención a la salud (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, debo firmar un formulario de autorización para formar parte de un estudio de investigación cuando el propósito es crear información de atención médica para un tercero.					
Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud por escrito a Neighborcare Health. Esto no se aplicará a cualquier información divulgada antes de la recepción de la solicitud por escrito.					
Una vez que se ha divulgado la información de atención médica, la persona u organización que la recibe puede volver a divulgarla, y la información ya no estará protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) u otras leyes de privacidad.					

Firma del paciente * o tutor legal		
Si la firma no pertenece al paciente ni al tutor legal, proporcione documentación que lo autorice a firmar.		
Firma:	Nombre en letra de imprenta:	Fecha:
	Relación con el paciente:	/ /
Consentimiento del menor (Los menores de entre 13 y 17 años deben firmar una autorización para la divulgación de la información).		
Firma del menor:	Nombre en letra de imprenta:	Fecha:
		/ /

* Los pacientes mayores de 18 años, así como algunos pacientes menores de edad, tienen derecho a solicitar copias de su propio historial médico.
4/26/21