

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE (Release of Information)



| | | | | | |
|--|---|--|--|--|----------------|
| 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): <input type="checkbox"/> MyChart | | | |
| ¿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. Updated on **05/01/2024** Language: **Spanish**