

Columbia Valley Community Health  
 Autorización Para Utilizar Y Divulgar Información

Chelan  
 PO Box 2920  
 Chelan, WA 98816  
 Ph. (509) 682-6000  
 Fax (509) 682-6296

Behavioral Health  
 504 Orondo Ave., Ste. A  
 Wenatchee, WA 98801  
 Ph. (509) 662-4296  
 Fax (509) 664-1037

Wenatchee  
 600 Orondo Ave., Ste. 1  
 Wenatchee, WA. 98801  
 Ph. (509) 662-6000  
 Fax (509) 664-4588  
 1(800) 288-7649

**DEVULGE DE:**

Nombre de Agencia	( )	( )
	Teléfono	Fax
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal		

**MANDAR A:**

Nombre de Agencia	( )	( )
	Teléfono	Fax
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal		

**Propósito de Información:**

Abogado     Seguro     Proveedor     Personal     Cambio a la información con: \_\_\_\_\_

**La Información de ser divulgada:** (escoja uno por favor)

La información más reciente pertinente a (Ultimas notas del Doctor / Proveedor, Plan de Cuidado, Administración de Riesgo, Ordinograma Médico, En Persona, Historial Medico y Laboratorios

Otra información (favor de especificar): \_\_\_\_\_

**Derechos del Cliente:** Tengo entendido que yo no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios médicos (tratamiento, pago, ni matriculación.) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que en cuanto la información que he autorizado de ser divulgada alcance al recipiente notado. Tengo entendido que esa persona o organización, puede volver a divulgar la información. Si esto sucede es posible no ser protegido/a por Leyes de Privacidad.

**Autorización del Cliente:** Tengo entendido que mis registros pueden contener información con respecto al diagnóstico o el tratamiento de VIH/SIDA, de las enfermedades transmitidas sexualmente, abuso de drogas y/o de alcohol, enfermedad mental, o de tratamiento psiquiátrico. Autorizo específicamente para esta información sea divulgada: **Sí**\_\_\_\_ **No**\_\_\_\_\_

**Esta Autorización es valida por:** (Escoja una opción o el pedido es inválido.)

1 día     90 día s     180 días     Indefinido

Nombre complete de cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La firma del Intérprete: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY</b>		
PLEASE CHECK APPROPRIATE BOX.		
<input type="checkbox"/> FILE IN CHART OR CABINET	<input type="checkbox"/> PROCESS - SEND RECORDS	<input type="checkbox"/> FAX