



Autorización para divulgar información médica

Divulgación de:

Agencia/Nombre: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>
Dirección: <input type="text"/>	Ciudad: <input type="text"/>	Estado/Código postal: <input type="text"/>

Para:

Agencia/Nombre: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>
Dirección: <input type="text"/>	Ciudad: <input type="text"/>	Estado/Código postal: <input type="text"/>

Propósito de la divulgación: Abogado Continuidad del cuidado Personal Transferencia del cuidado
 Testimonio/Deposición

Información a ser divulgada: (Marque **todas las opciones que apliquen**).

Registros de facturación Radiología Informes de laboratorio/patología Medicos Dental Vacunación
 Toda la información médica (excluida la información confidencial) de los últimos 2 años, a menos que se especifique lo contrario Otro _____ Fechas _____

Formato: Papel Correo postal CD USB Transmitir al proveedor Solo comunicación
 Otro: _____

Esta autorización es válida por: 30 días 90 días 180 días 1 año

(Si no elige una opción, el periodo será de un año a partir de la fecha de esta autorización o según lo exija el RCW 7002030(6), la opción que sea más corta).

E INCLUYE la siguiente información: Diagnóstico de VIH/SIDA / tratamiento / pruebas Enfermedades de transmisión sexual
 Servicio o tratamiento conductual o de salud mental Uso de sustancias//tratamiento/diagnóstico/pruebas

Derechos del cliente: Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica (tratamiento, pago u operaciones de cuidados médicos) y que puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento. La revocación excluye cualquier información que ya haya sido divulgada. Entiendo que una vez que la información médica que autorizo a ser divulgada llegue al destinatario mencionado, dicha persona u organización puede volver a divulgarla, y en ese momento es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad.

Entiendo que mis registros de trastornos por abuso de sustancias están protegidos por regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los Registros de pacientes con trastornos por abuso de sustancias 42 CFR, Parte 2, así como por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996, 45 CFR, Partes 160 y 164, y que no pueden ser divulgados sin mi autorización escrita a menos que las regulaciones indiquen lo contrario.

Nombre completo del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del paciente: _____ **Nombre en letra de imprenta:** _____ **Fecha:** _____

Representante, intérprete o testigo (en letra de imprenta): _____ **Fecha:** _____