

Información de el/la Paciente: Favor de escribir en letra de molde

*Nombre de el/la paciente: _____	Fecha de Nac: _____
Nombre anterior(si aplica): _____	Teléfono: _____

Solicito y autorizo el uso o la divulgación de la información sobre la salud de la persona mencionada arriba tal y como describe abajo.

De: (de donde vienen los expedientes)	Para: (a donde van los expedientes)
*Lugar/Doctor: _____	*Lugar /Doctor/paciente: _____
Email: _____	Email: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____	Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ *Teléfono: _____	Código postal: _____ *Teléfono: _____
*Fax: _____	*Fax: _____

Método de envío (marque uno): ___ Email ___ Papel ___ Fax ___ CD ___ Flash Drive (\$3 de costo)

TIPO DE INFORMACIÓN A SER LIBERADA:

El propósito o necesidad de esta información es: _____

- | <u>TIPO DE INFORMACIÓN</u> | <u>FECHAS DE LOS SERVICIOS</u> |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Todos los Expedientes Médicos (limitados a dos (2) años de información a menos que se indique lo contrario; no incluye información protegida por la ley federal) | |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta _____ | Desde _____ |
| Hasta _____ | |
| <input type="checkbox"/> Historial y lo Físico _____ | Desde _____ |
| Hasta _____ | |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio (especifique) _____ | Desde _____ Hasta _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes de operaciones _____ | Desde _____ |
| Hasta _____ | |
| <input type="checkbox"/> Reportes de rayos X u otros reportes de diagnósticos _____ | Desde _____ Hasta _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consulta _____ | Desde _____ |
| Hasta _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autorización para Regresar al Trabajo _____ | Desde _____ Hasta _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros Reportes (especifique) _____ | Desde _____ |
| Hasta _____ | |

INFORMACION PROTEGIDA POR LAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES:



Entiendo que una autorización general no es suficiente para liberar información de salud relacionada a las pruebas, el diagnóstico y/o el tratamiento por los siguientes:

Salud Mental o Psiquiátrica, dependencia por alcoholismo o químicos, y enfermedades sexualmente transmisibles, (incluyendo resultados del VIH/SIDA). Se requiere mi autorización expresa abajo.

- Salud Mental o Psiquiátrica – RCW 71.05.390 – RCW 71.05.440
- Dependencia por alcoholismo o químicos – Reglamentos Federales (42 CFR parte 2)
- Enfermedades Sexualmente Transmisibles SIDA/VIH– RCW 70.24.105, WAC 248-100-016

CONSENTIMIENTO DE UN MENOR DE EDAD (de 14 años de edad en adelante por información debido a drogas y el alcohol, y enfermedades sexualmente transmisibles como el VIH/SIDA; de 13 años en adelante por asuntos de Salud Mental).

Se requiere la firma del paciente menor de edad para liberar información sobre el cuidado por:

1. Terminación del embarazo y por enfermedades sexualmente transmisibles.
2. Abuso de drogas o alcohol.
3. Condiciones de salud mental.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SU PETICIÓN

Estimado/a paciente:

El Kadlec Health System hace la búsqueda, copia y factura para entregar la información solicitada. Si hay cargos, favor de hacer el cheque pagadero a Kadlec Regional Medical Center.

Los expedientes del 2002 y de antes tienen un costo separado.

Favor de pedir la hoja de información sobre los costos. Llame al 509- 942-2017.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Administración de Información de Salud del Kadlec Health System. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho a disputar un reclamo bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización caducará en 90 días a partir de la fecha en que se firma. Entiendo que es voluntario el autorizar la divulgación de esta información médica. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario con el fin de garantizar un tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a ser utilizada o divulgada, según lo dispuesto en el CFR 164 0.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y puede que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de información sobre mi salud, puedo comunicarme con el/la director/a de Gestión de Información sobre Salud.

Firma de el/la paciente o representante legal

Fecha

Parentesco con el/la paciente si no es el/la paciente



REGÍSTRESE HOY para My K-Chart. Para acceder el expediente médico bajo seguridad en My K-Chart (el cual contiene información limitada) vaya a: <http://www.mykchart.org>
Si tiene preguntas o inquietudes acceda a My K-Chart, email kchart@kadlec.org o llame al 509-942-2017.

OFFICE USE ONLY:	Staff Signature and
Witness: _____	
MRN: _____	ID verified by: [] Current patient [] Driver's License [] Other