



Autorización del paciente para divulgar, compartir u obtener información médica protegida

Información del paciente:

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
Dirección de domicilio:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Correo electrónico:	Nombre(s) anterior(es)/Alias:		

Motivo de la solicitud (marcar una):

☐ Proveedor	☐ Abogado	☐ Seguro	☐ Personal	☐ PFMLA (Ley de permiso por motivos médicos y familiares)	☐ Otra (especifique):
------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--	--

Destinatario del registro (Proveedor, abogado, seguro, solicitante):

Nombre/Organización:	Teléfono:	Fax:	
Dirección de domicilio:	Ciudad:	Estado:	Zip:

Registros a divulgar: Fecha desde _____ hasta _____ O los 2 últimos años (por defecto si no se introduce un intervalo de fechas)

Marque todas las que correspondan: (Abajo encontrará los documentos solicitados con más frecuencia). Estos documentos no conforman su registro médico en su totalidad, usted tiene el derecho a solicitar todo su expediente).

☐ Informes radiológicos (radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ultrasonidos)	☐ Imágenes de diagnóstico (preparadas por el departamento de radiología)
☐ Electrocardiogramas	☐ Registros de atención en urgencias
☐ Resultados de laboratorio	☐ Resumen del alta médica
☐ Resultados de estudios patológicos	☐ Historial médico y evaluación física
☐ Notas clínicas o del médico	☐ Intervenciones quirúrgicas y procedimientos
☐ Notas de fisioterapia	☐ Lista de medicamentos
☐ Historial de vacunación	☐ Registros de facturación
☐ Tratamientos de salud mental/conductual	☐ Registros de tratamiento por abuso de sustancias/drogas
☐ Pruebas y resultados de VIH/SIDA	☐ Registros de tratamiento por abuso de alcohol
☐ Otro (especifique):	

Formato del registro:

☐ Papel	☐ Fax	☐ Correo electrónico (especificar):
--------------------------------	------------------------------	--

Al firmar esta página, confirmo que he leído y acepto los términos establecidos en ambos lados de este formulario.

Firma (Paciente o persona designada para dar la autorización)	Fecha	Hora:
Nombre en letra de imprenta y vínculo, en caso de no firmar el paciente.		



Autorización del paciente para divulgar, compartir u obtener información médica protegida

Menores: La firma del paciente menor de edad es obligatoria para autorizar la divulgación de la siguiente información:

- Anticoncepción y atención relacionada con el embarazo: a cualquier edad. *RCW 9.02.100. Ver Estado v. Koome, 84 Wn.2d 901 (1975)*
- Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH y SIDA: a partir de los 14 años. *RCW 70.24.110.*
- Servicios ambulatorios de salud conductual, incluido el tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas y afecciones de salud mental: desde los 13 años. *RCW 71.34.530.*

Derechos del paciente: Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica (tratamiento, pago o admisiones).

Entiendo que tengo el derecho a:

- Revisar o recibir una copia de mi información médica protegida
- Recibir una copia firmada de este formulario
- Negarme a firmar este formulario para autorizar la divulgación o revelación de mi información médica protegida
- Solicitar y recibir mis registros médicos por correo electrónico, aceptando los riesgos asociados con este método de envío no protegido

Revocación y nueva divulgación: Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Departamento de registros de Cascade Medical. La cancelación no se aplica a la información/informes que ya hayan sido emitidos según esta autorización. Cascade Medical no se hace responsable de ninguna redivulgación no autorizada de mi información sanitaria por terceros, incluyendo por la persona o instalación que reciba los informes solicitados con esta autorización.

Vencimiento: Esta autorización vence 1 año a partir de la fecha en que se firma a menos que la cancele antes de ese tiempo y

Las solicitudes de copias de informes médicos están sujetas a tasas de reproducción según la ley federal/estatal.

Puede devolvernos este formulario de autorización por correo postal, correo electrónico o fax.

Cascade Medical

817 Commercial st

Leavenworth, WA 98826

Medrec@cascademedical.org

Teléfono: 509-548-5815

Fax: 509-548-2524

Solo para uso del personal de CM

Fecha de la firma: _____ Iniciales: _____

Fecha de publicación: _____ Iniciales: _____

Verificación del ID: _____