



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____ Teléfono _____

II. INFORMACIÓN A DIVULGAR

<input type="checkbox"/> Autorizo a White Memorial Community Health Center a divulgar información a:
Nombre
Dirección
Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono

Fax

<input type="checkbox"/> Autorizo a White Memorial Community Health Center a obtener información de:
Nombre
Dirección
Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono

Fax

Información a ser revelada:

- Todos los registros de salud
- Registros de salud correspondientes a las siguientes fechas: _____
- Registros de salud relacionados con el siguiente tratamiento/problema: _____
- Otros (radiographia, facturación, etc.): _____

Podrá divulgar information sobre pruebas diagnósticos y tratamiento para (marque todo lo que corresponda): VIH/SIDA virus
 Enfermedades de transmisión sexual Consumo de drogas y/o alcohol Trastornos psiquiátricos/de salud mental

Motivo de la divulgacion: Personal Médico Abogado Sguero Otro _____

III. DERECHOS DEL PACIENTE

Comprendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención de salud (tratamiento, pagos o inscripciones). Puedo revocar esta autorización por escrito, Si lo hago, no afectará nuinuna medida ya tomada por el White Memorial Community Health Center basada en esta autorización. No podré revocar esta autorización si el fin de la misma fuera obtener seguro, Para revocar esta autorización , debo escribir una carta al WMCHC. Esta información estará sujeta a re-divulgación y quizá ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Esta autorización vence _____(si quedara sin firmar, entonces vencerá 1 año después de la fecha de esta autorización, o según lo requiera la RCW70.02.030(6), el plazo que sea más corto.)

Firma del paciente o del individuo legalmente autorizado _____ Fecha _____

Nombre en imprenta si firmó en nombre del paciente _____ Relacion _____