

## Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Revelar:</b> <input type="checkbox"/> Desde <input type="checkbox"/> Para	<b>Revelar:</b> <input type="checkbox"/> Desde <input type="checkbox"/> Para
<b>Northwest Pediatric Center</b> 1911 Cooks Hill Rd Centralia, WA 98531 Teléfono: 360-736-6778 Fax: 360-736-6552	Organización/Instalación/Persona: _____  Dirección: _____  Teléfono: _____ Fax: _____

**Intercambio mutuo** – autorización para el intercambio mutuo de información entre las partes enumeradas anteriormente, ya sea de forma oral, escrita o electrónica.

### Información Relevante para esta Autorización

- Últimos 3 años de registros médicos    Registros médicos de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de consulta                  | <input type="checkbox"/> Registros hospitalarios | <input type="checkbox"/> Lista/Administración de Medicamentos    |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/imágenes | <input type="checkbox"/> Contacto con la Escuela | <input type="checkbox"/> Estados de cuenta financiera detallados |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |  |  |

### Autorizaciones Específicas

#### Salud Mental – Inicial \_\_\_\_\_

Entiendo que mis registros pueden contener información sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos para diagnósticos de salud mental. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos registros.

**MENORES, DE 13 AÑOS EN ADELANTE DEBEN INICIAL**

#### Droga/Alcohol – Inicial \_\_\_\_\_

Entiendo que mis registros pueden contener información sobre diagnósticos o tratamientos por abuso de drogas o alcohol. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos registros.

**MENORES, DE 13 AÑOS EN ADELANTE DEBEN INICIAL**

#### SIDA/VIH/ETS – Inicial \_\_\_\_\_

Entiendo que mis registros pueden contener información sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos registros.

**MENORES, DE 14 AÑOS EN ADELANTE DEBEN INICIAL**

### Propósito de Revelar

- Transferencia medica    Uso personal    Abogado/Legal    Atención coordinaria    Aseguranza
- Otro: \_\_\_\_\_

### Autorización para Divulgación Información General

Entiendo que:

- Autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no están condicionados a mi consentimiento para firmar esta autorización.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito al Departamento de Registros Médicos de NWPC, excepto en la medida en que ya se haya tomado una acción, en la cual la información no se puede recuperar.
- Cualquier información utilizada o divulgada descrito en esta autorización ya no esté protegida por la ley federal y podría ser utilizado o divulgada nuevamente por la parte receptora.
- A menos que yo la revoque antes, esta autorización permanecerá vigente durante 364 días después de la fecha firmada a continuación.
- De acuerdo con la ley estatal, el Northwest Pediatric Center tiene derecho a cobrar por copiar registros médicos. Las tarifas establecidas por el estado de Washington son \$1.24 por página de páginas 0-30 y \$0.94 por página para las páginas 31 o más.

Nombre del Padre/Tutor (letra de imprenta)

Nombre del Paciente (letra de imprenta)

Firma del Padre/Tutor

Firma del Paciente

Fecha

Fecha