

Información del paciente

Nombre (escriba su nombre completo en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

N.º de expediente médico: _____ Correo electrónico: _____

Formato de divulgación: Copia en papel Envío electrónico Copia electrónica dura (CD-ROM) Análisis oral/verbal

Información que se divulgará por parte de: MultiCare Health System PACE Solamente Navos

Solamente Greater Lakes Otro: Nombre/Organización: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Información que podría divulgarse a:

Nombre/Organización: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Objetivo de la divulgación: Atención de la salud Personal Acción judicial/de investigación/legal Facturación

Seguro Otro: _____

Qué información debería divulgarse: _____

Seleccione los tipos de información que pueden divulgarse.

MH = Salud mental

Conjuntos de expedientes médicos de rutina-----0-----Documentos específicos del expediente médico solamente

- Expediente clínico** (incluye: visitas al consultorio, pruebas de laboratorio, radiología, registro de medicamentos, registro de inmunización)
- Expedientes del hospital** (incluye: datos de antecedentes y físicos, resumen del alta hospitalaria, informe operacional, consultas de emergencia, laboratorio, radiología)
- Registros de acceso**
- Registros de facturación**
- Resumen/nota al recibir el alta
- Antecedentes médicos y examen físico
- Informe operativo
- Informe de radiología
- Imágenes y películas radiológicas
- Informe de laboratorio
- Otro (por favor, especifique): _____

- Informe de patología
- Informe de emergencia
- Registro de vacunación
- Notas de enfermería
- Notas de medicamentos
- Notas de avances/Notas clínicas
- Terapia de rehabilitación (Física, ocupacional, del habla)

- MH** Evaluación durante el ingreso
- MH** Registros/notas de medicamentos
- Medicamentos/evaluación psiquiátrica
- MH** Notas del programa/Notas del grupo
- Evaluación psicológica
- MH** Resúmenes y planes de tratamiento
- MH** Carta/Resumen del tratamiento/asistencia al cliente
- MH** Crisis/Contacto de DCR/Notas de ITA
- MH** Planes de crisis
- MH** Resumen del alta
- MH** Programación y verificación de citas
- Participación en **MH/Medicamentos** Citas
- Aspectos financieros/demográficos
- Resultados de laboratorio
- Plan IEP/504 de la escuela/representante del aula

SUD = Trastorno por abuso de drogas

- SUD** Evaluación/valoración
- SUD** Resumen de la evaluación
- SUD** Recomendaciones de tratamiento
- SUD** Registro de tratamiento asistido con medicamentos
- SUD** Resúmenes y planes de tratamiento
- SUD** Informes de verificación de cumplimiento/asistencia
- SUD** Progreso/Notas de grupo
- Resultados de la prueba de detección del panel de medicamento/UA
- SUD** Planes de crisis
- SUD** Resumen del alta
- SUD** Programación de la información de verificación de citas
- Cumplimentación del formulario en línea del Departamento de Licencias

Fechas específicas de servicio o información relacionada con la enfermedad: _____

Comunicación verbal sobre mis antecedentes médicos y atención: _____

Información especial: autorizo la inclusión de la siguiente información con esta versión **(coloque su inicial en todo lo que corresponda)**

_____ Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA

_____ Información psiquiátrica, mental o de salud conductual

_____ Información de trastorno por abuso de drogas (SUD)

_____ Información genética e indicadores

*** NOTA: Si no se completa esta sección, los registros de este tipo (si existen), no serán divulgados. ***

SE REQUIERE FIRMA EN LA PÁGINA 2

Identificación del paciente (siempre debe adjuntar la etiqueta del paciente)

Nombre:

N.º de expediente médico:

N.º de serie de contacto (CSN):

Edad/sexo y género:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

MÉDICA (INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PHI, POR SUS

SIGLAS EN INGLÉS)

MultiCare 

Página 1 de 2



87-8455-5e ASP (Rev. 11/23)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (continuación)

Sus derechos y otros avisos:

1. Una vez que MultiCare divulgue su información de salud, el destinatario puede volver a divulgar esa información y las leyes de privacidad ya no la protegerán. Cierta información, como los trastornos por abuso de drogas o la salud mental, aún puede estar protegida.
2. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a la dirección que se indica a continuación. Si retiro mi autorización, no cambiarán las acciones que ya se tomaron de acuerdo con la autorización.
3. MultiCare no requiere que complete esta autorización para recibir atención médica o beneficios de atención médica. Sin embargo, debe firmar este formulario de autorización cuando la finalidad de los servicios de atención médica o la participación en la investigación sea crear o recibir información de atención médica.
4. Entiendo que esta solicitud de registros puede generar cargos. Entiendo que me contactarán para darme una estimación de esos cargos antes de que se produzcan los registros. Puede encontrar más información sobre los cargos en www.multicare.org/medical-records/.

Vencimiento:

Esta autorización es válida por 365 días a partir de la fecha de firma o hasta la fecha o evento especificado aquí: _____

Firma:

Paciente/representante: _____ Fecha/hora: _____

Autoridad legal: _____ Firma del menor: _____

(Firma del individuo y fecha)

Si se requiere una cofirma para menores de edad

Si la autorización está firmada por un representante personal de la persona, también se debe proporcionar una descripción de la autoridad de dicho representante para actuar en nombre de la persona.

Nombre y fecha en letra de molde: _____ Parentesco: _____

REVOCACIÓN

Puede revocar esta autorización por escrito. Puede llamar a uno de los departamentos que se indican u obtener la dirección del hospital en Administración de información de salud (registros médicos) Ubicaciones en <https://www.multicare.org/medical-records>. La revocación será efectiva a partir de su recepción, pero no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada o a los servicios ya prestados de acuerdo con esta autorización.

Hospital Inland Northwest Deaconess: 509-473-7421

Greater Lakes Mental Health: 253-620-5150

Clínica Inland Northwest Rockwood: 509-342-3955

Navos: 206-257-6609

Hospital Inland Northwest Valley: 509-473-5431

Salud del Comportamiento MultiCare: 253-697-8530

Hospitales Puget Sound MultiCare: 253-403-2433

CONSENTIMIENTO PARA MENORES

Se requiere la firma de un paciente menor de edad para divulgar información sobre la atención de: (1) el control de la natalidad y la atención relacionada con el embarazo, (2) la información sobre enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA) si el menor tiene 14 años o más, (3) información de diagnóstico, tratamiento o derivación de trastornos por uso de sustancias (para menores de 13 años capaces, tanto el menor como el tutor deben dar su consentimiento), y (4) información de salud mental para pacientes ambulatorios si el menor tiene 13 años o más.

PARA USO EXCLUSIVO DE MULTICARE

¿Se completó la solicitud y se dieron a conocer los registros médicos a un proveedor externo? [] SÍ [] NO

¿Se envió esta solicitud a un proveedor externo u hospital para obtener registros médicos? [] SÍ [] NO

¿Esta es una autorización para comunicaciones verbales o análisis en curso que solo necesita ser presentada como referencia?
[] SÍ [] NO

Identificación del paciente (siempre debe adjuntar la etiqueta del paciente)

Nombre:

N.º de expediente médico:

N.º de serie de contacto (CSN):

Edad/sexo y género:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD
MÉDICA (INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PHI, POR SUS
SIGLAS EN INGLÉS)

MultiCare 

Página 2 de 2



87-8455-5e ASP (Rev. 10/21)