

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD RESTRINGIDA

Por favor, responda a Yakima Valley Memorial

Fax: 509-575-8685 Teléfono: 509-575-8082

(Por favor, muestre identificación con fotografía)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre previo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Archivo médico: \_\_\_\_\_

YO autorizo a: \_\_\_\_\_ o a \_\_\_\_\_  
*Hospital, doctor, programa, agencia*

Yakima Valley Memorial  
15W Yakima Ave Suite 200  
Yakima, WA 98902  
\_\_\_\_\_  
*Dirección*

a que comparta mis archivos confidenciales: \_\_\_\_\_  
*Conmigo mismo, Hospital, doctor, programa, agencia*

\_\_\_\_\_  
*Dirección, Teléfono o Fax*

**El propósito de esta solicitud es:**  Continuar tratamiento/cuidado  Archivos personales  
 Para ayudar en un caso judicial  Aseguradora

**Fechas de tratamiento:(del)** \_\_\_\_\_ **(al)** \_\_\_\_\_

## ESTA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN APLICA A:

Todo lo aquí indicado (o marque la casilla correspondiente de sólo la información específica a divulgar)

- |                                            |                                                           |                                                  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Informe de alta   | <input type="checkbox"/> Reporte de cirugía               | <input type="checkbox"/> Reportes de rayos X     |
| <input type="checkbox"/> Historia y físico | <input type="checkbox"/> Reporte de patología             | <input type="checkbox"/> Reportes de EKG         |
| <input type="checkbox"/> Consultas         | <input type="checkbox"/> Archivo del depto. de emergencia | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Disco compacto con rayos X       | <input type="checkbox"/> Estados de cuenta       |
| <input type="checkbox"/> Otros _____       |                                                           |                                                  |

### Incluye

### Excluye

- |                          |                          |                                                    |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento/diagnosis de abuso de drogas o alcohol |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Archivos de salud mental                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento/pruebas de HIV o SIDA                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de transmisión sexual confirmada (STD)  |

*Esta autorización expirará automáticamente después de 90 días o en esta fecha especificada: \_\_\_\_\_. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Manejo de Información de Salud. La revocación de esta autorización no puede ser retroactiva a una liberación de información hecha de buena fe. Entiendo que una vez que la información de salud que he autorizado a ser divulgada llegue al destinatario señalado, esa persona u organización pueden volver a divulgarla, en ese momento ya no puede ser protegida por las leyes de Privacidad. No vamos a negarle tratamiento si no firma esta autorización. Existe la posibilidad de que el destinatario descrito anteriormente pueda volver a divulgar su información de salud restringida.*

Certifico que este formulario se me ha explicado completamente, que he leído o que se me ha leído, y que entiendo su contenido. Se me explicaron las secciones que no entendí.

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Persona autorizada para firmar, si no es el paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

FIN

0M 0D MRN  
ATN

Sp - Authorization to Release  
Protected Health Information  
Rev. 12-16 Form 67



RI0001

7/6/2021