

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Información del Paciente	Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____	
	Dirección: _____	
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
	Teléfono de Casa: _____ Y/o Teléfono Celular: _____	
Clínica/Hospital/Proveedor de Salud ¿QUIÉN TIENE LA INFORMACIÓN QUE DESEA DIVULGAR? POR FAVOR ENLISTE EL HOSPITAL Y/O CLÍNICA ESPECÍFICO?	Nombre _____	
	Dirección: _____	
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
	Teléfono de Casa: _____ Fax: _____	
ENVIAR A: ¿A DÓNDE quiere que se envíe la información? ¿QUIÉN puede tener la información?	Nombre _____	
	Dirección: _____	
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
	Teléfono de Casa: _____ Fax: _____	
	MÉTODO DE ENTREGA PARA LA SOLICITUD:	
<input type="checkbox"/> CORREO	<input type="checkbox"/> FAX (no más de 25 páginas)	<input type="checkbox"/> RECOLECCIÓN
		FECHA DE RECOLECCIÓN _____ LUGAR DE RECOLECCIÓN _____
Información Para Divulgar: ¿QUÉ quiere que se divulgue? ¡MARQUE LA CASILLA CORRECTA!	Todos los registros (incluye TODO tipo de registros enlistados a continuación)	
	<input type="checkbox"/> Reportes, exámenes de laboratorio, rayos x y exámenes de especialización de los últimos 2 años	
	<input type="checkbox"/> Clínica (visitas al doctor, laboratorio, radiología, medicamentos, vacunas)	
	<input type="checkbox"/> Hospital (historial, resumen de epicrisis, consultas, emergencias, laboratorios, radiología, reportes operativos)	
	<input type="checkbox"/> Registros de Facturación	<input type="checkbox"/> Películas/Imágenes
<input type="checkbox"/> Información específica (Especifique): _____ Indique fecha(s) de servicio _____		
POR FAVOR MARQUE SI QUIERE QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SEA ENVIADA POR FAVOR FIRME AQUÍ	Autorización Específica Entiendo que mis registros pueden contener información relacionada con pruebas, diagnósticos y/o tratamientos de lo siguiente:	
	<input type="checkbox"/> Abuso de Drogas y/o Alcohol	<input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales <input type="checkbox"/> VIH/SIDA
	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico
	FIRMA: _____ Su inicial si no autoriza: _____	
PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (¿POR QUÉ ES NECESARIO?)	<input type="checkbox"/> Transferencia de proveedor <input type="checkbox"/> Uso personal/revisión <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Solicitud para Aseguradora	
	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Otorgo autorización específica para que dichos registros sean divulgados. *** SI EL PACIENTE TIENE TRECE (13) AÑOS DE EDAD, ÚNICAMENTE EL PACIENTE PUEDE AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN RELACIONADA CON LAS CONDICIONES ANTES MENCIONADAS.		
Mis Derechos: Entiendo que tengo derecho a solicitar y a recibir una Notificación de las Prácticas de Privacidad. Puedo inspeccionar y recibir una copia (una cuota nominal puede aplicar). Al menos que el fin de esta autorización sea determinar el pago de algun reclamo de beneficios, la entidad solicitante no condicionará la provisión de tratamiento o pago de mi cuidado al momento de firmar la autorización. Puedo revocar esta autorización por escrito presentándola de acuerdo con la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Institución, pero la revocación no aplicará para la información ya utilizada o divulgada. Entiendo que una vez que la información médica que he autorizado divulgar llegue a la posesión del destinatario, esa persona u organización puede volver a divulgar la información, momento en el cual ya no se encontrará protegida por las leyes de Privacidad. El proveedor debe hacer que la información de servicios de salud se encuentre disponible durante 15 días hábiles después de haber recibido la solicitud o después de notificar al paciente de cualquier retraso. (RCW70.02.080)		
FIRMA: _____ Relación (si no comparece personalmente): _____ Fecha: _____		
ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA EN UN AÑO DESPUÉS DE SU FIRMA A CONTINUACIÓN		
<input type="checkbox"/> Documento de Identificación Verificado (Licencia de Conducir, Cartilla Militar, Identificación con Fotografía, Tarjeta del Seguro Social)	Iniciales del que Recibe: _____	Fecha de Recolección: _____
[ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE]	Iniciales del personal: _____ FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: _____	



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Mason Health | Shelton, WA 98584

<p>Mason General Hospital</p> <p>P.O. Box 1668 901 Mountain View Dr. Shelton, WA 98584 Telefono: 360-427-9587 Fax: 360-427-9592</p>	<p>Mason Clinic</p> <p>P.O. Box 1668 Shelton, WA 98584 Telefono: 360-426-2653 / 800-824-8885 Fax: 888-985-0681</p>
<p>Mason Clinic Hoodspout Primary Care</p> <p>P.O. Box 1668 Shelton, WA 98584 Telefono: 360-432-7781 Fax: 360-877-0565</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eye Care - MS 2 <input type="checkbox"/> General Surgery - MS 2 <input type="checkbox"/> Orthopedics - MS 4 <input type="checkbox"/> Pediatrics - MS 3
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Primary Care - MS 1 <input type="checkbox"/> Podiatry - MS 2 <input type="checkbox"/> Walk-In - MS 4 <input type="checkbox"/> Women's Health - MS 3