

Información del paciente:	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de la casa: _____ y/o celular: _____
Clínica/Hospital/Proveedor médico (¿ QUIÉN tiene la información que usted quiere revelar?) FAVOR DE INDICAR EL HOSPITAL Y/O LA CLÍNICA ESPECÍFICA (VÉA EL DORSO PARA LA LISTA DEL MGH & FC)	Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Teléfono del fax: _____
Parte receptora (¿ ADÓNDE quiere que se le envíe la información?) ¿ QUIÉN puede tener la información?)	Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ MÉTODO DE ENVÍO DE LA SOLICITUD: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> FAX (no más de 25 páginas) <input type="checkbox"/> Fecha recogida (EN EL HOSPITAL) _____
Información a ser revelada (¿ QUÉ es lo que quiere enviar o revelar?) <u>¡MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE!</u> FAVOR de marcar si usted quiere que se envíe esta información → FIRME AQUÍ POR FAVOR →	Todos y cada uno de los expedientes (incluye todos los tipos de expedientes a continuación). <input type="checkbox"/> Informes médicos, de laboratorio, rayos-x y pruebas especiales recientes por dos años. <input type="checkbox"/> De la clínica (consultas, laboratorio, radiología, medicamentos, vacunas) <input type="checkbox"/> Del hospital (historial, resumen al darle de alta, consultas, emergencias, laboratorios, radiología) <input type="checkbox"/> Expedientes de facturación <input type="checkbox"/> Copias de imágenes <input type="checkbox"/> Copias de resultados de laboratorios <input type="checkbox"/> Información específica (especifique): _____ Indicar fecha (s) de servicio _____ Autorización específica: Entiendo que mis expedientes pueden contener información relacionada a pruebas, diagnósticos y/o al tratamiento de lo siguiente: <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Abuso de las drogas y/o el alcohol <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico FIRMA: _____
PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (¿ POR QUÉ ES NECESARIA?)	<input type="checkbox"/> Transferencia del cuidado <input type="checkbox"/> Uso personal o para revisarla <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Solicitud para seguro médico <input type="checkbox"/> Otra* _____
Doy mi autorización específica para que estos expedientes sean revelados. *** SI EL/LA PACIENTE YA TIENE TRECE (13) AÑOS DE EDAD, SOLAMENTE ÉL O ÉL O ELLA PUEDE AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN REFERENTE A LAS CONDICIONES ARRIBA ESPECIFICADAS.	
Mis derechos: Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir el "Aviso sobre las normas de privacidad". Puedo inspeccionar y recibir una copia (es posible que me cobren una cantidad nominal). A menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de una reclamación de beneficios, la entidad solicitante no pondrá condiciones a la prestación de tratamientos o al pago de mi atención por mi firma de la autorización. Puedo revocar esta autorización por escrito presentándola como se indica en el "Aviso sobre las normas de privacidad" a la Institución, pero la revocación no se aplicará a la información ya usada o revelada. Entiendo que una vez que la información médica revelada que yo autorice llegue al destinatario indicado, dicha persona u organización puede volver a revelarla, por lo que en ese momento puede que ya no esté protegida bajo las leyes de privacidad. El proveedor debe tener disponible la información médica dentro de 15 días hábiles después de recibir la solicitud o notificarle al paciente si hay retraso. (RCW70.02.080)	
FIRMA: _____ Parentesco (si no es uno mismo) _____ FECHA: _____	
*** ESTA AUTORIZACIÓN VENCE EN UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA ARRIBA ***	
<input type="checkbox"/> Identificación comprobada (licencia de conducir, identificación militar, identificación con foto, tarjeta de SS)	
Iniciales de recepción: _____ Fecha recogida: _____	HIM STAFF Initials: _____ ROI COMPLETION DATE: _____

<p><input type="checkbox"/> Mason General Hospital & Family of Clinics P.O. BOX 149347 901 Mountain View Dr. Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-427-9587 Fax: 360-427-9592</p>	<p><input type="checkbox"/> MGH Oakland Bay Pediatrics 247 Professional Way Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-426-3102 Fax: 360-426-9866</p>
<p><input type="checkbox"/> MGHEye Clinic 2300 Kati Court Suite C Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-426-8717 Fax: 360-426-8831</p>	<p><input type="checkbox"/> MGH Olympic Physicians 237 Professional Way Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-426-2500 Fax: 360-426-2787</p>
<p>MGH Family Health, Ankle and Foot – Shelton Clinic</p> <p><input type="checkbox"/> Family Health 1812 North 13th Loop Road Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-426-3862 Fax: 360-427-1743</p> <p><input type="checkbox"/> Ankle and Foot - Shelton 1812 North 13th Loop Road Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-427-0366 Fax: 360-427-5879</p>	<p>MGH Shelton Family Medicine and Orthopedics Clinic</p> <p><input type="checkbox"/> MGH Shelton Family Medicine 939 Mountain View Dr., Ste 100 Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-426-2653 Fax: 360-432-3586</p> <p><input type="checkbox"/> Shelton Orthopedics 939 Mountain View Dr., Ste 130 Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-427-0663 Fax: 360-427-2993</p>
<p><input type="checkbox"/> MGH Hoodspport P.O. Box 279 24261 N. US Highway 101 Hoodspport, WA 98548 Teléfono: 360-432-7781 Fax: 360-877-0565</p>	<p><input type="checkbox"/> MGH Surgery Clinic 1710 North 13th Loop Road Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-426-4142 Fax: 360-427-5772</p>
<p><input type="checkbox"/> MGH Mt. View Women’s 2300 Kati Court Suite A Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-426-0955 Fax: 360-427-1268</p>	<p><input type="checkbox"/> MGH Walk-in Clinic 939 Mountain View Dr., Ste. 100 Shelton, WA 98584 Teléfono: 360-432-3298 Fax: 360-462-5071</p>