

Nombre Completo de Paciente (incluir inicial del segundo nombre)	Fecha de Nacimiento de Paciente
Nombre Anterior, si aplica	Número Telefónico Diurno

POR EL PRESENTE, AUTORIZO Y SOLICITO QUE SE REVELE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

LA INFORMACIÓN SERÁ ENTREGADA POR:

HealthPoint
955 Powell Avenue SW
Renton, WA 98057
Fax: (425) 203-0407
Teléfono: (425) 277-1311

LA INFORMACIÓN SERÁ ENTREGADA A:

NOMBRE: _____
ORGANIZACIÓN: _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____
Teléfono y Fax: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD: Legal Seguro Uso Personal Continuidad de Atención Traspaso de Atención Otro:

INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ - Seleccione (1)

Toda la Información de Salud Médico Dental
 Información de Salud desde _____ Hasta _____
 Información de Salud Específica Sobre: _____
 Deseo recibir mis fichas electrónicamente. Mi dirección de correo electrónico es: _____

Fecha	Firma del paciente o su representante	Relación, si no es el Paciente
-------	---------------------------------------	--------------------------------

AUTORIZACIÓN QUE REQUIERE CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO: Mi firma abajo les autoriza a revelar CUALQUIER y TODA la información confidencial que sea de exámenes, diagnóstico o tratamiento. **Entiendo que la siguiente información confidencial NO SE entregará si la marco con mis iniciales.**

_____ Salud Mental
 _____ Abuso de Alcohol/Drogas
 _____ VIH/SIDA
 _____ Enfermedades de Transmisión Sexual
 _____ Atención Reproductiva (sólo menores de edad)

MENORES - Se requiere la firma de un paciente menor de edad para poder revelar la siguiente información (1) condiciones asociadas con la atención reproductiva del menor, que incluye pero no se limita a métodos anticonceptivos, embarazo y término del embarazo, esterilización, y enfermedades de transmisión sexual (14 años y mayores), (2) abuso de alcohol y/o drogas (13 años y mayores), y (3) condiciones de salud mental (13 años y mayores).

Fecha	Firma del paciente o su representante	Relación, si no es el Paciente
-------	---------------------------------------	--------------------------------

Marcar si el paciente es menor de edad

Yo entiendo que no tengo que firmar esta autorización con el fin de obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para prestaciones) a menos que reciba atención médica con el único propósito de generar información de salud para un tercero. Yo entiendo que: a) Debo revocar mi autorización por escrito y lo puedo hacer si completo y firmo el Formulario de Revocación de Autorización, que se encuentra disponible en la oficina de fichas médicas; b) Si yo revoco mi autorización, no afectará las acciones ya realizadas por **HealthPoint** basadas en esta autorización; y c) es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener seguridad.

Una vez que **HealthPoint** haya revelado la información de salud, el receptor puede volver a revelarla en ciertas situaciones. Es posible que las Leyes de Privacidad ya no protejan la información.

Mi autorización vence el _____ (fecha o evento). La autorización vencerá en noventa (90) días si no se anota una fecha.

SÓLO PARA USO DEL PERSONAL DE HEALTHPOINT

Yo he verificado: se completó forma identificación (si es necesario) Relación, si no es el paciente

Procesado por: Nombre: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Escaneado por: Iniciales: _____ Fecha: _____