



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

LEA DETENIDAMENTE. NO COMPLETAR ESTE FORMULARIO PUEDE DAR LUGAR A UN RETRASO O RECHAZO.

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre anterior, si corresponde: _____ Teléfono: _____

<p>LA INFORMACIÓN LA DEBE REVELAR:</p> <p>HealthPoint 955 Powell Avenue SW Renton, WA 98057 Teléfono: 425-277-1311 Fax: 425-203-0407 roi@healthpointchc.org</p>	<p>LA INFORMACIÓN SE DEBE REVELAR A:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Organización: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, estado, código postal: _____</p> <p>Teléfono/Fax: _____</p>
---	---

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD: LEGAL SEGURO USO PERSONAL CONTINUAR CON LA ATENCIÓN MÉDICA TRASLADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA OTROS (ESPECIFICAR) _____

INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ: TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA MÉDICA DENTAL INFORMACIÓN MÉDICA DEL _____ AL _____ INFORMACIÓN MÉDICA ESPECÍFICA DE: _____

FORMATO (MARQUE UNO): IMPRESO CD CORREO ELECTRÓNICO (SOLO PACIENTES): _____ DEL PORTAL ELECTRONICO DEL PACIENTE

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

Mi firma abajo le da permiso para revelar CUALQUIER y TODA la información confidencial relacionada con pruebas, diagnósticos o tratamiento del VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental o consumo de sustancias.

MENORES, MAYORES DE 13 AÑOS: se necesita la firma de un paciente menor para poder revelar la información siguiente: VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, consumo de sustancias o atención reproductiva (sin edad mínima).

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios) excepto si recibo atención médica cuando el único propósito de la atención médica es crear información médica para un tercero. Entiendo que a) tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; b) si revoco mi permiso, esto no afectará ninguna acción que HealthPoint haya tomado sobre la base de este permiso; c) es posible que no pueda revocar este permiso si el propósito de este era obtener un seguro; d) el destinatario puede volver a revelar la información revelada según esta autorización y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad. Entiendo que, según la ley estatal, HealthPoint tiene 15 días hábiles para responder a una solicitud a partir de la fecha en que se recibe, y que puede haber un costo asociado con la copia de los expedientes de atención médica.

FECHA **FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE** ***RELACIÓN SI NO ES EL PACIENTE**

FECHA **FIRMA DEL PACIENTE MENOR DE 13 A 17 AÑOS**

*Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, es posible que le pidan documentación legal para demostrar la autoridad para firmar en su nombre, como la tutela o el poder notarial.

