

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR O DIVULGAR  
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA**



**CASCADE MEDICAL**  
PARTNERS IN YOUR HEALTH

**Nombre legal del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

Nombre(s) anterior(es): \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo a CASCADE MEDICAL ubicado en 817 Commercial Street, Leavenworth, WA 98826 a que  **Divulgue**  **Solicite** mi información de atención médica a la(s) siguiente(s) entidad(es) (en caso de ser más de 2, utilice la parte posterior del formulario para incluirlas):

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

**O me la envíen a través de correo postal, entrega en la recepción (marque una) O por correo electrónico:**

\_\_\_\_\_ **Escriba con letra de imprenta**

**Información atención médica a ser divulgada o solicitada:**

**Rango de fechas** \_\_\_\_\_ **Tipos de expediente:**  Sala de emergencia  Resultado(s) de laboratorio  
 Vacunas  Notas de consulta del proveedor  Expedientes de diagnóstico e imágenes  Expedientes de hospitalización (incluye resumen del alta, historia e informes físicos, operativos y de procedimiento)  Consultas  Colonoscopia y patología  
 Electrocardiogramas – **TODOS**  Informes de PAP y patología - **TODOS**  Fisioterapia/Terapia Ocupacional/Terapia del habla  
 Informes de facturación  Otro: \_\_\_\_\_

**Informes con protección especial:** Existen leyes estatales y federales que protegen determinada información de atención médica. Comprendo que, a menos que se indique o especifique lo contrario aquí, una solicitud para comunicar o divulgar los informes/información de atención médica puede incluir información sobre el diagnóstico y/o tratamiento del VIH (virus del SIDA), otras enfermedades de transmisión sexual, abuso de alcohol y/o drogas, terapia conductual, enfermedad mental o tratamiento psiquiátrico, abuso sexual o violación, violencia doméstica, información genética, información sobre adopción, informes del servicio social, comunicaciones enviadas a un trabajador social. En caso de que la información anterior se aplique a su caso usted **debe** marcar **SÍ** o **NO** para indicar si desea que se comunique la siguiente información:

Informes sobre abuso de alcohol, drogas o abuso de sustancias  Sí  No  
Pruebas y resultados de VIH/SIDA  Sí  No  
Informes sobre salud mental y psicoterapia  Sí  No

**Al firmar esta autorización entiendo que:**

- Las solicitudes de copias de informes médicos están sujetas a costos de reproducción según la ley federal/estatal. Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación se debe hacer por escrito y presentada o enviada a Cascade Medical ubicado en 817 Commercial Street, Leavenworth, WA 98826. La cancelación no se aplica a la información/informes que ya hayan sido emitidos según esta autorización. Cascade Medical no se hace responsable de ninguna redivulgación no autorizada de mi información atención médica por terceros, incluyendo por la persona o instalación que reciba los informes solicitados con esta autorización.
- Esta autorización vence 1 año a partir de la fecha en que se firma a menos que la cancele antes de ese tiempo y no estoy obligado a firmar esta autorización. Asimismo, puedo solicitar una copia de la misma. Entiendo que el uso de correo electrónico es de mi propio riesgo.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

*SOLO para uso de CM*

Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_

*Fecha de la firma:* \_\_\_\_\_

Cascade Medical Center HIM Fax # 509-548-2524 correo electrónico [medrec@cascademedical.org](mailto:medrec@cascademedical.org)

*Iniciales:* \_\_\_\_\_

Versión: Febrero de 2020

*Verificación del ID:* \_\_\_\_\_