

**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

Iniciales: _____

Versión: Febrero de 2020

Verificación del ID: _____