

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente *(por favor escriba con letra de molde)* _____

Fecha de nacimiento _____ # de SS _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Número Telefónico _____

Escoja A o B a continuación:

A. De Cascade Medical Center —

Autorizo a Cascade Medical Center para que entregue una copia de mi expediente médico a:

Proveedor/Agencia _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Número Telefónico _____

B. Para Cascade Medical Center —

Por la presente autorizo al proveedor médico/agencia que se menciona a continuación para que entregue una copia de mi expediente médico a Cascade Medical Center ubicado en el 817 Commercial Street, Leavenworth, WA 98826

Proveedor/Agencia _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Número Telefónico _____

* Por favor envíe la información (especifique fechas de servicio): _____

*Razón para la divulgación: _____

Entiendo que los registros mantenidos a favor mío pueden contener información sobre el diagnóstico y/o tratamiento de VIH (virus del SIDA), otras enfermedades de transmisión sexual, drogas o abuso de alcohol, enfermedad mental o tratamiento psiquiátrico. Doy mi autorización específica para que estos registros sean divulgados.

Por la presente eximo a Cascade Medical Center y su personal de toda responsabilidad legal que pudiera surgir por el acto que se ha autorizado aquí.

Para ser válida, esta autorización debe ser fechada dentro de 90 días de la solicitud para obtener la información y puede ser revocada en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

PADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

For CMC use only: Record No. _____ Date sent _____ Signature _____