



### AUTORIZACION PARA LA SOLICITUD DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

(Tenga en cuenta que debido al volumen de peticiones que el tiempo de vuelta para la Historia Medica aproximadamente es 8-12 dias hábiles a partir de la fecha de solicitud para encuestas entre los años del 2014- al presente. Para solicitudes de los años antes 2013 seria 10- 15 dias hábiles.)

#### Sección A: Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Sección B: Información del Centro Médico

Solicito y autorizo \_\_\_\_\_ dar a conocer información de salud del paciente nombrado arriba:

Enviar mi información de salud a:

- Valley Community Healthcare  Enviar registros por correo electrónico a: [mr@vchcare.org](mailto:mr@vchcare.org)  Paciente recogerá
- Enviar por correo a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

#### Sección C: DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PARA SER REVELADA:

- Registro médico completo - Paciente cambiara de centro médico - (Informes médicos serán enviados al nuevo centro médico)
- Registro médico completo para uso personal - \$ 15.00 de servicio (Por favor especificar el contenido y las fechas de servicio):

Otros - \$ 15.00 de servicio (Por favor especificar el contenido y las fechas de servicio):

Tiene que marcar esta casilla si también está solicitando los registros de facturación

**DEFINICIÓN: Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), como lo define la ley, RCW 70.24 est. Seq., incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verrugas, condilomas, clamidia, uretritis no específica, la sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venereum, VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y la gonorrea.**

Si  No Autorizo la liberación de los resultados de mis enfermedades de transmisión sexual, pruebas de VIH / SIDA, ya sea negativo o positivo, a la persona (s) mencionado anteriormente. Entiendo que la persona (s) antes mencionados serán notificados de que tengo que dar permiso por escrito antes de la solicitud de estos resultados a cualquier persona.

Si  No Autorizo la liberación de todos los registros con respecto a las drogas, el alcohol o el tratamiento de salud mental a la persona (s) mencionado anteriormente.

**RENUNCIA:** Esta autorización entrará en efecto inmediatamente y permanecerá valida por un año a partir de la fecha de su firma. Esta autorización puede ser revocada por escrito por el firmante en cualquier momento antes de la publicación de la información de la parte reveladora. Revocación escrito no afectará ninguna acción tomada en relación con esta autorización antes de la revocación por escrito fue recibido. Yo entiendo que el solicitante no puede legalmente usar o divulgar más la información de salud a menos que se obtenga la autorización por mí o menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(SI FIRMA DEL TESTIGO NO ESTA INCLUIDO, NO SERÁ PROCESADO)