



Formulario de autorización para la divulgación de información de expedientes médicos

CHAS Health • Attn (dirigido a): Health Records
611 N. Iron Bridge Way, Spokane, WA 99202 • Teléfono: 509.434.0381 • Fax: 509.434.0392

Autorización para que CHAS Health obtenga o divulgue mi información de atención de la salud (\*Obligatorio)

\*Nombre del paciente:
\*Fecha de nacimiento:
Nombre anterior:
\*Teléfono durante el día:
Fecha para la que se necesita la información del expediente:

\*Si se marcan ambas casillas, el personal de CHAS Health divulgará la información del expediente según se especifique y la enviará al lugar indicado.

Pido a CHAS Health que, y lo autorizo para que:
Divulgue a
Obtenga de por medio de (elija una opción)
Correo electrónico
Fax
Correo postal

Nombre:
Correo electrónico:
Dirección:
Fax:
Ciudad:
Teléfono:
Estado:
Código postal:

\*Pueden usar o divulgar la siguiente información de atención de la salud (marque todo lo que corresponda):

Sólo verbalmente
Sólo registros (expedientes)
Verbalmente y registros
Sólo información sobre citas

Tipos de información a divulgarse:

Registros de facturación
Informes diagnósticos o de pruebas por imágenes
Lista de medicamentos
Historia clínica
Vacunaciones
Expediente de obstetricia
Dental:
Expediente
Radiografías
Informes de análisis de laboratorio y patología
Otro
Toda la información de atención de la salud (con la exclusión de la información confidencial indicada, véase a continuación) de los últimos 2 años, a menos que se especifique otra cosa.

Entiendo que mi expediente (registro) médico puede incluir información sobre un diagnóstico o tratamiento relacionado con afecciones psiquiátricas, psicológicas o mentales, drogadicción o alcoholismo, infecciones (venéreas) de transmisión sexual (STI), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o estado del VIH y pruebas genéticas.

Doy mi consentimiento para que se divulgue la siguiente información (marque lo que corresponda):

Drogadicción o alcoholismo
Trastorno psiquiátrico o salud mental
VIH (virus del sida)
Sexually transmitted infections

\*Motivo de la autorización:
A petición de la persona;
Otro

\*Vencimiento (caducidad):
Fecha:
Ó
Acto (divulgación única):

Si no se especifica una fecha, esta petición vencerá en 90 días a partir de la fecha de firma.

Si la divulgación es para el EMPLEADOR o la INSTITUCIÓN FINANCIERA del paciente para motivos distintos al pago, esta autorización permanecerá vigente sólo por 90 días.

El paciente puede cancelar esta autorización en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento al notificar a CHAS Health por escrito. Es posible que la información que se divulgue de conformidad con esta autorización esté sujeta a divulgarse de nuevo y que entonces ya no esté protegida por la ley federal. Las leyes estatales y federales exigen específicamente que todo expediente (registro) médico del paciente o información personal de atención de la salud que incluya diagnósticos y tratamientos de drogadicción y alcoholismo, salud mental e infecciones de transmisión sexual, incluso el VIH y el sida, sea confidencial y sólo se pueda divulgar con autorización expresa, salvo en la medida en que lo exija la ley. Entiendo que mis expedientes del tratamiento de alcoholismo o drogadicción están protegidos conforme a las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los expedientes de pacientes en tratamiento para drogadicción [Confidentiality and Drug Abuse Patient Records], 42 CFR, Parte 2, y la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"] de 1996, 45 CFR, Partes 160 y 164, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que así lo dispongan las regulaciones.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización. CHAS Health no puede condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad a la autorización de esta divulgación. Firmas electrónicas. Este Formulario de autorización para la divulgación de información de expedientes médicos (Acuerdo), así como los documentos relacionados que se hayan celebrado en relación con este Acuerdo, se consideran firmados cuando la firma de una de las partes se transmite por medios electrónicos. El firmante celebra el presente Acuerdo electrónicamente y tiene la intención de quedar obligado a cumplir el Acuerdo, y acepta que las firmas electrónicas se considerarán firmas originales que tendrán el mismo efecto jurídico que las firmas originales en la máxima medida permitida por las leyes correspondientes, incluso la Ley federal de firmas electrónicas en el comercio mundial y nacional [Federal Electronic Signatures in Global and National Commerce Act], y cualquier ley estatal equivalente basada en la Ley federal uniforme de transacciones electrónicas [Uniform Electronic Transactions Act] y, por la presente, las partes renuncian a toda objeción a lo contrario. El firmante reconoce que, por la presente, este término se incorpora al Acuerdo.

\*Firma/Parte legalmente responsable

Relación con el paciente

\*Fecha

Para servicios en el estado de Washington, la firma de un menor es suficiente para divulgar información médica acerca de (1) enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA (edad 14+), (2) alcohol y/o abuso de drogas (edad 13+), (3) información acerca de la salud mental (edad 13+), (4) servicios anticonceptivos, (5) servicios para el aborto, y (6) servicios prenatales.

Firma del paciente menor de edad

Fecha

Revised 6/24/2024

CHAS\_06-028-24