

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Devolver a: HISTORIAS CLÍNICAS (206) 408-5227
 33405 8TH Ave S, Suite 200 FAX (253) 835-9976
 Federal Way, WA 98003

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL CLIENTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (SI ESTÁ DISPONIBLE)

NÚMERO DE TELÉFONO

POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO A VALLEY CITIES A QUE DIVULGUE MIS EXPEDIENTES A:

La siguiente persona u organización:

NOMBRE RELACIÓN CON EL CLIENTE NÚMERO DE TELÉFONO/FAX
 DIRECCIÓN COMPLETA

Margen de fechas a incluir: DESDE: _____ HASTA: _____

Tipos de registros: Todos los registros de la HIPAA Todos los registros financieros/de facturación

Alternativamente, solo los elementos seleccionados:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación(es), actualización(es) | <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Tratamiento individual |
| <input type="checkbox"/> Plan de crisis | <input type="checkbox"/> Notas psiquiátricas o médicas | <input type="checkbox"/> Tratamiento grupal |
| <input type="checkbox"/> Plan(es) de tratamiento | <input type="checkbox"/> Medicamentos activos | <input type="checkbox"/> Tratamiento familiar |
| <input type="checkbox"/> Programación/historial de citas | <input type="checkbox"/> Lista de problemas activos (diagnósticos) | <input type="checkbox"/> Servicios entre pares |
| <input type="checkbox"/> Resúmen(es) del alta | <input type="checkbox"/> Informes/resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Gestión de casos/apoyo comunitario |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | | |

Solicitudes adicionales para tipos específicos de información sensible.

- Solicito la divulgación de información sobre el tratamiento de salud mental (**requerida para programas ambulatorios de salud mental.**)
- Solicito la divulgación de información sobre enfermedades de transmisión sexual.
- Solicito la divulgación de información sobre diagnósticos o tratamiento de VIH o SIDA.
- Solicito la divulgación de **información verbal** sobre mi tratamiento.

Solicitud adicional para OBTENER información de la persona u organización mencionada anteriormente.

- Autorizo a la persona u organización mencionada anteriormente a que **envíe los registros** mencionados abajo a Valley Cities para coordinar mi atención y servicios de tratamiento (describa con el mayor detalle posible): _____

Expiración: *A menos que se especifique de otro modo, esta divulgación de información (Release of Information, ROI) vencerá automáticamente en la fecha del alta.

- Una vez sea dado de alta de los servicios de Valley Cities.
- Una vez haya recibido o se haya divulgado la información anterior.
- En esta fecha: _____

Comprendo que:

- Únicamente la persona que haya otorgado su consentimiento para la atención (mayores de 13 años de edad) puede autorizar la divulgación del registro. (Código Revisado de Washington [Revised Code of Washington] 70.02.130
- y RCW 71.34.530). Cualquier persona que sea la representante legal o apoderado del cliente debe proporcionar documentos legales (RCW 7.70.068).
- Cualquier registro que contenga información relativa a la salud mental está amparado en la ley estatal (RCW 70.02); los registros de abuso de drogas/alcohol o de tratamiento están amparados en las leyes federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Parte 2). Los registros sobre pruebas o tratamientos para VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual confirmadas están amparados en las leyes de confidencialidad estatales (RCW 70.24).
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan emprendido acciones. Para revocar la autorización para divulgar información
- médica protegida, debo hacerlo por escrito.
- No tengo que firmar esta autorización para recibir los beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción).
- Es posible que la información que se utilice o divulgue con mi permiso la reproduzca el destinatario, por lo cual dejaría de estar protegida por las normas federales de privacidad.

FIRMA DEL CLIENTE

RELACIÓN CON EL CLIENTE

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA PARA LA DIVULGACIÓN

FIRMA AUTORIZADA SI NO ES LA PERSONA O EL CLIENTE

N.º de identificación de Valley Cities _____