

## Información del paciente

Nombre (escriba su nombre completo en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Formato de autorización:**  Copia en papel  Entrega electrónica  Copia impresa electrónica (CD-ROM)  Conversaciones verbales/orales

**Información que se divulgará por parte de:**  MultiCare Health System  Solamente Navos  Solamente Greater Lakes

Otros: Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## La información puede ser divulgada a:

Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Objetivo de la divulgación:**  Atención médica  Personal  Acción legal/investigativa/judicial  Facturación  Seguro

Otros: \_\_\_\_\_

**Qué información debería divulgarse:** \_\_\_\_\_

## Seleccione los tipos de información que pueden divulgarse.

SM = Salud mental

Conjuntos de registros médicos de rutina  Solo documentos de registros médicos específicos

**Registros clínicos** (incluye: visita al consultorio, laboratorio, radiología, registro de medicamentos, registro de inmunización)

**Registros hospitalarios** (incluye: antecedentes médicos y examen físico, resumen de alta, Informe operativo, consultas de emergencia, laboratorio, radiología)

**Registro de facturación**

Fecha del alta

Resumen/nota

Antecedentes médicos y examen físico

Informe operativo

Informe de radiología

Imágenes radiológicas Y películas

Informe de laboratorio

Otro (por favor especifique)

Informe de patología

Informe de emergencia

Registro de vacunación

Notas de enfermería

Notas de

medicamentos

Notas de avances/

Notas clínicas

Terapia de

rehabilitación

(terapia física, ocupacional, del habla):

**SM** Evaluación de consumo/admisión

**SM** Registros/notas de medicamentos

Medicamentos/evaluación psiquiátrica

**SM** Notas de prog/notas de grupo

Evaluación psicológica

**SM** Resúmenes/planes de tratamiento

**SM** Carta/Resumen del tratamiento al cliente/Asistencia

**SM** Crisis/Contacto DCR/Notas de ITA

**SM** Planes de crisis

**SM** Resumen del alta

**SM** Programación y verificación de citas

Participación en **SM/Medicamentos**Citas

Financiero/demográfico

Resultados de laboratorio

Plan IEP/504 de la escuela/representante del aula

**TUS = Trastorno por uso de sustancias**

**TUS** Evaluación

**TUS** Recomendaciones de tratamiento

**TUS** Registro de tratamiento asistido por medicamentos

**TUS** Resúmenes/Plan de tratamiento

**TUS** Informes de verificación de cumplimiento/asistencia

**TUS** Progreso/notas de grupo

**TUS** Resultados de la prueba de detección del panel de medicamento/UA

**TUS** Panes de crisis

**TUS** Resumen del alta

**TUS** Programación de la información de verificación de citas

Cumplimentación del formulario en línea del Departamento de Licencias

Fechas específicas de servicio o información relacionada con la condición: \_\_\_\_\_

Comunicación verbal sobre mi historial médico y atención: \_\_\_\_\_

**Información especial:** Autorizo la inclusión de la siguiente información con esta versión (inicial en todo lo que corresponda)

\_\_\_\_\_ Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA \_\_\_\_\_ Información psiquiátrica, mental o de salud conductual

\_\_\_\_\_ Información de trastorno por uso de sustancias (TUS) \_\_\_\_\_ Información genética e indicadores

\*\*\* **NOTA:** Si esta sección no se completa, no se publicarán registros de este tipo (si existen). \*\*\*

SE REQUIERE FIRMA EN LA PÁGINA 2

**Identificación del paciente:**

\_\_\_\_\_ puede escribir aquí o colocar la etiqueta del paciente

Nombre:

N.º de expediente médico:

N.º de CSN

Edad/sexo y género:

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

**MultiCare** 

Página 1 de 2



87-8455-5e A (Rev. 10/21)

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (continuación)

## Sus derechos y otros avisos:

1. Una vez que MultiCare divulgue su información de salud, el destinatario puede volver a divulgar esa información y las leyes de privacidad ya no la protegen. Cierta información, como los trastornos por uso de sustancias o la salud mental, aún puede estar protegida.
2. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a la dirección que se indica a continuación. Si retiro mi autorización, no cambiará las acciones que ya se tomaron de acuerdo con la autorización.
3. MultiCare no requiere que complete esta autorización para recibir atención médica o beneficios de atención médica. Sin embargo, debe firmar este formulario de autorización cuando el propósito de los servicios de atención médica o la participación en la investigación sea crear o recibir información de atención médica.
4. Entiendo que esta solicitud de registros puede acarrear cargos. Entiendo que me contactarán para darme una estimación de esos cargos antes de que se produzcan los registros. Puede encontrar más información sobre los cargos en [www.multicare.org/medical-records/](http://www.multicare.org/medical-records/)

## Vencimiento:

Esta autorización es válida por 365 días a partir de la fecha de firma o hasta la fecha o evento especificado aquí: \_\_\_\_\_

## Firma:

Paciente/representante: \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_

Autoridad legal: \_\_\_\_\_ Firma del menor: \_\_\_\_\_  
(Firma del individuo y fecha) Si se requiere co-firma para menores de edad

Si la autorización está firmada por un representante personal de la persona, también se debe proporcionar una descripción de la autoridad de dicho representante para actuar en nombre de la persona.

Nombre y fecha impresos: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

## REVOCACIÓN

Puede revocar esta autorización por escrito. Puede llamar a uno de los departamentos enumerados u obtener la dirección del hospital en Administración de información de salud (registros médicos) Ubicaciones en <https://www.multicare.org/medical-records>. La revocación será efectiva a partir de su recepción, pero no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada o a los servicios ya prestados de acuerdo con esta autorización.

Hospital Inland Northwest Deaconess: 509-473-7421  
Clínica Inland Northwest Rockwood: 509-342-3955  
Hospital Inland Northwest Valley: 509-473-5431  
Hospitales Puget Sound MultiCare: 253-403-2433

Greater Lakes Mental Health 253-620-5150  
Navos: 206-257-6609  
Salud del Comportamiento MultiCare 253-697-8530

## CONSENTIMIENTO PARA MENORES

Se requiere la firma de un paciente menor de edad para divulgar información sobre la atención de: (1) el control de la natalidad y la atención relacionada con el embarazo, (2) la información sobre enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA) si el menor tiene 14 años o más, (3) información de diagnóstico, tratamiento o derivación de trastornos por uso de sustancias (para menores de 13 años capaces, tanto el menor como el tutor deben dar su consentimiento), y (4) información de salud mental para pacientes ambulatorios si el menor tiene 13 años o más.

## USO EXCLUSIVO DE MULTICARE

- ¿Se completó la solicitud y se dieron a conocer los registros médicos a un proveedor externo? [ ] SÍ [ ] NO
- ¿Se envió esta solicitud a un proveedor externo u hospital para obtener registros médicos? [ ] SÍ [ ] NO
- ¿Es esta una autorización para comunicaciones verbales o discusión en curso que solo necesita ser presentada como referencia? [ ] SÍ [ ] NO

## Identificación del paciente - Puede escribir aquí o colocar la etiqueta del paciente

Nombre:

N.º de expediente médico:

N.º de CSN

Edad/sexo y género:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

**MultiCare** 

Página 2 de 2



87-8455-5e A (Rev. 10/21)