

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE (1 DE 2)

Yakima Valley Memorial, 2811 Tieton Drive, Yakima, Washington 98902-Release of Information Fax: 509-575-8685

*Consulte la última página para ver las instrucciones para completar este formulario. El no seguir las instrucciones puede resultar en un retraso de la tramitación. *

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Número de Teléfono _____ # de Expediente Medico (si se conoce) _____

2. INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA POR (SELECCIONE SÓLO UNA)

- Hospital Yakima Valley Memorial
- Proveedor/clínica(s) de Yakima Valley Memorial (**por favor, especifique**) _____
- Organización/Persona _____
Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____
Teléfono _____ Fax _____

3. INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA A (SELECCIONE SOLO UNA)

- Proveedor/clínica(s) de Yakima Valley Memorial (**por favor, especifique**) _____
- Organización/Persona _____
Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____
Teléfono _____ Fax _____

4. OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN

- Continuación de cuidado
- Copias para uso propio
- Seguro
- Legal
- Otro (especifique abajo) _____

5. INFORMACIÓN QUE SE VA A DIVULGAR

- Archivos Médicos: fecha de: _____ a: _____
- Todos los archivos dentro del rango de fechas proporcionadas**
- Resúmenes de Alta
- Informes Operativos
- Archivos del Departamento de Emergencias
- Notas Clínicas
- Informes de laboratorio/patología
- Informes de Radiología (en CD) - Valley Imaging
- Vacunas
- Informes de Radiología
- Otro (por favor, especifique) _____

MIS DERECHOS/MI AUTORIZACION

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud del paciente es voluntaria. Entiendo que no necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento o el pago. Entiendo que, a menos que yo lo limite expresamente por escrito, estoy **autorizando específicamente** la divulgación de cualquier información médica delicada que pueda aparecer en mi expediente médico, incluidos los expedientes para el **tratamiento** de la salud mental, incluyendo el manejo del dolor; las enfermedades de transmisión sexual; el tratamiento del SIDA/VIH; y los expedientes del programa.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al escribir al Departamento de Administración de la Información de la Salud, como también se describe en el Aviso de Practicas de Privacidad de Yakima Valley Memorial. Entiendo que una vez que la información ha sido divulgada de acuerdo con los términos de esta autorización, la información no puede ser retirada. Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de que el destinatario la divulgue o distribuya posteriormente, lo cual puede no estar protegido por las leyes de confidencialidad.

Esta autorización vencerá 1 ano después de la fecha firmada a continuación, a menos que se ingrese otra fecha o evento: _____

Nota: Si la divulgación es a un empleador o institución financiera con fines distintos al pago, esta autorización expirara en 1 ano a partir de la fecha firmada por usted.

6. FIRMAS

Firma del Paciente o de la persona legalmente responsable: _____ Fecha _____

(Si no está firmado por el paciente, vea la información atrás de la página.)

Relación con el paciente, si no está firmada por el paciente _____

PACIENTE MENOR (de 13 a 17 años) _____ Fecha _____

CLINICAL STAFF

NOMBRE DEL PACIENTE Y # ID

YAKIMA VALLEY MEMORIAL

Authorization to Release Patient Health Information

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE (2 DE 2)

Instrucciones – **Por favor, escribe legiblemente.** El no seguir las instrucciones puede resultar en un retraso de la tramitación.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Escriba el nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de teléfono y su número de expediente médico (si lo conoce).
2. INFORMACIÓN QUE DEBER SER DIVULGADA POR. Seleccione **Yakima Valley Memorial Hospital** o seleccione **Proveedor/Clinica(s) de Yakima Valley Memorial** y escriba el nombre del proveedor específico. Si este formulario se utiliza para solicitar registros fuera de Yakima Valley Memorial, seleccione **Organización/Persona** y escriba la dirección, teléfono y fax.
3. INFORMACION QUE DEBER SER DIVULGADA A. Seleccione **Organización/Persona** y escribe la dirección de la organización o persona que debe recibir copias de la información. Seleccione **Proveedor/Clinica(s) de Yakima Valley Memorial** si el formulario se utilizara para enviar registros a un proveedor de Yakima Valley Memorial e indique el proveedor específico que debe recibir copias de la información.
4. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN. Seleccione la razón por la que se solicitan los archivos.
5. INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA. Especifique que información debe ser divulgada.
6. FIRMA. Firme e indique la fecha de la firma.

Si no está firmada por el paciente, es posible que se requiera documentación que demuestre la autoridad para firmar en nombre del paciente. Por favor, lea la información que aparece a continuación:

REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO PARA PACIENTES ADULTOS NO COMPETENTES

Un representante personal es una persona que puede actuar en nombre de un paciente cuando éste carece de capacidad de decisión para tomar decisiones de tratamiento sanitario. El representante personal puede necesitar documentación legal para demostrar su autoridad para firmar en nombre del paciente. Un miembro de una de las siguientes clases de personas puede firmar en nombre de un paciente adulto que carece de capacidad para dar su consentimiento, en el siguiente orden de prioridad: (a) el tutor designado del paciente, si lo hay; (b) la persona, si la hay, a la que el paciente haya otorgado un poder notarial duradero que incluya la autoridad para tomar decisiones sobre la atención sanitaria; (c) el cónyuge o la pareja del paciente registrada por el estado; (d) los hijos del paciente que tengan al menos dieciocho años de edad; (e) los padres del paciente; y (f) los hermanos y hermanas adultos del paciente. Si una persona no está disponible en una clase dada para proporcionar la autoridad con respecto a las decisiones del cuidado de la salud, entonces una persona (o grupo de personas que actúan como uno) debe ser encontrado en la siguiente clase sucesiva. [RCW 7.70.065(1)].

REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO PARA MENORES

Un miembro de una de las siguientes clases de personas puede firmar por un paciente menor de edad en el siguiente orden de prioridad: (a) el tutor designado o custodio legal autorizado (Título 26); (b) una persona designada por el tribunal para dar su consentimiento a la atención médica de un niño en la colocación fuera de casa de conformidad con RCW 13.32A o RCW 13.34; (c) los padres; (d) un individuo a quien un padre ha dado una autorización firmada para tomar decisiones de atención médica por el niño; y (e) un adulto que representa a sí mismo como responsable de la atención médica del menor (un proveedor de atención médica puede, a su discreción, requerir la documentación de la condición reclamada de esta persona). [RCW 7.70.065(2)]

Nota: De acuerdo con la ley estatal, todos los padres tienen acceso completo e igualitario a los registros de atención médica de sus hijos, a menos que exista una orden judicial que indique lo contrario. Ninguno de los padres puede vetar el acceso solicitado por el otro padre. [RCW 26.09.225]

Se requiere la firma de un paciente menor de edad para divulgar la siguiente información:

- 1) Información relacionada con la atención reproductiva, tales como anticonceptivos y los servicios relacionados con el embarazo;
- 2) Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (a partir de los 14 años);
- 3) Abuso de sustancias y tratamientos de salud mental (a partir de los 13 años).

Envíe el formulario de **Autorización para Divulgar Información Médica del Paciente** por correo o fax:

DIRECCION Attn: Health Information Management
Yakima Valley Memorial
15 West Yakima Ave, Ste #100
Yakima, Washington 98902

<u>SOLICITUDES PARA:</u>	<u>FAX</u>	<u>TELEFONO</u>
Archivos Médicos	509-575-8685	509-575-8082
Valley Imaging/Imágenes en CD	509-457-3244	509-248-7380

NOMBRE DEL PACIENTE Y # ID

YAKIMA VALLEY MEMORIAL– Yakima WA

Authorization to Release Patient Health Information

SAVE