

Información del paciente

Nombre (escriba el nombre completo en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____ Correo electrónico: _____

Formato de divulgación: Copia en papel Envío electrónico Copia impresa en formato electrónico (CD-ROM) Análisis oral/verbal

Autorizo el intercambio mutuo de información entre las entidades indicadas. **Iniciales** _____

Solicitar información al proveedor que aparece en la lista: MultiCare Health System PACE Navos Greater Lakes

Otro: Nombre/Organización: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Enviar mi información a: Nombre/Organización: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Motivo de la divulgación: Atención de la salud Personal Acción judicial/de investigación/legal Facturación Seguro

Otro: _____

Qué información debería divulgarse: _____

Seleccione los tipos de información que pueden divulgarse.

SM = Salud mental

Conjuntos de expedientes médicos de rutina Solo documentos específicos del expediente médico

SUD = Trastorno por abuso de drogas

Expedientes clínicos (incluye: visitas al consultorio, pruebas de laboratorio, radiología, registro de medicamentos, registro de inmunización)

Expedientes del hospital (incluye: historial clínico y exámenes físicos, resumen del alta hospitalaria, informe quirúrgico, consultas, laboratorio, radiología)

Registros de acceso Informe de patología

Registros de facturación Informe de emergencia

Resumen/nota al recibir el alta Registro de vacunación

Historial clínico y físico Notas de enfermería

Informes quirúrgicos Notas de medicamentos

Informe de radiología Notas de progreso/

Imágenes y películas de radiología Notas clínicas

Informe de laboratorio Terapia de rehabilitación

Otro (por favor, especifique): _____ (FÍSICA, OCUPACIONAL, LOGOPEDIA)

SM Evaluación durante el ingreso/admisión

SM Registros/notas de medicamentos

Medicamentos/evaluación psiquiátrica

SM Notas del programa/Notas del grupo

Evaluación psicológica

SM Resúmenes y planes de tratamiento

SM Comunicación/Resumen del tratamiento/asistencia al cliente

SM Crisis/Contacto de DCR/Notas de ITA

SM Planes de crisis

SM Resumen del alta

SM Programación y verificación de citas

Participación en **SM/Citas para** medicamentos

Aspectos financieros/demográficos

Resultados de laboratorio

Plan IEP/504 de la escuela/representante del aula

SUD Evaluación/valoración

SUD Resumen de la evaluación

SUD Recomendaciones de tratamiento

SUD Registro de tratamiento asistido con medicamentos

SUD Resúmenes y planes de tratamiento

SUD Informes de verificación de cumplimiento/asistencia

SUD Progreso/Notas de grupo

Resultados del análisis de detección de fármacos/análisis de orina (UA)

SUD Planes de crisis

SUD Resumen/certificación del alta

SUD Información sobre la programación y verificación de citas

Cumplimentación del formulario en línea del Departamento de Licencias

Fechas específicas de servicio o información relacionada con la enfermedad: _____

Comunicación verbal sobre mis antecedentes médicos y atención: _____

Información especial: autorizo la inclusión de la siguiente información con esta divulgación (**coloque su 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 abuso de drogas (SUD, por sus siglas en inglés) _____ Información genética e indicadores

*** NOTA: Si no se completa esta sección, los registros de este tipo (si existen), no serán divulgados. ***

SE REQUIERE FIRMA EN LA PÁGINA 2

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex & Gender:

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH CARE INFORMATION (PROTECTED HEALTH INFORMATION OR PHI)

MultiCare 



Página 1 de 2

87-8455-5e ASP (Rev. 2/26)

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

Sus derechos y otros avisos:

- Una vez que MultiCare divulgue su información médica, el destinatario podrá volver a divulgar dicha información y es posible que las leyes de privacidad ya no la protejan. Cierta información, como los trastornos por abuso de drogas o la salud mental, aún puede estar protegida. La información (por ejemplo, trastornos por abuso de drogas, salud mental, etc.) utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la Ley Federal de Privacidad (42 CFR Parte 2) (HIPAA).
- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento (consulte la sección de Revocación más adelante). Si retiro mi autorización, no cambiarán las acciones que ya se tomaron de acuerdo con la autorización.
- MultiCare no requiere que complete esta autorización para recibir atención médica o beneficios de atención médica. Sin embargo, usted debe firmar este formulario de autorización cuando el objetivo de los servicios sanitarios o de la participación en una investigación sea crear o recibir información relacionada con la atención médica.
- Entiendo que esta solicitud de registros puede generar cargos o el pago de honorarios. Entiendo que me contactarán para darme un presupuesto de dichos cargos antes de que se generen los registros solicitados. Puede encontrar más información sobre los cargos o pago de honorarios en 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 una firma conjunta para menores de edad

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

Nombre y fecha en letra de molde: _____ Parentesco: _____

REVOCACIÓN

Usted puede revocar esta autorización por escrito. Puede llamar a uno de los departamentos que figuran en la lista u obtener la dirección del hospital en la sección «Ubicaciones de Gestión de Información Sanitaria (Expedientes Médicos)» en [https://www.multicare.org/medical records](https://www.multicare.org/medical-records). La revocación será efectiva en cuanto sea recibida, 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: 509-603-7421

Greater Lakes Mental Health: 253-620-5150

Inland Northwest Rockwood Clinic: 509-342-3955

Navos: 206-257-6608

Hospital Inland Northwest Valley: 509-603-5431

MultiCare Behavioral Health: 253-697-8530

Hospitales y clínicas de Puget Sound MultiCare: 253-403-2433

Hospitales y clínicas de Yakima Memorial: 509-746-3457

CONSENTIMIENTO PARA MENORES

Se requiere la firma de un paciente menor de edad para facilitar información relativa a la atención en las siguientes áreas: (1) métodos anticonceptivos y atención relacionada con el embarazo; (2) información sobre enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA), si el menor tiene 14 años o más; (3) el diagnóstico, el tratamiento o la derivación por trastornos relacionados con el abuso de sustancias (en el caso de menores de 13 años con capacidad para tomar decisiones, deben dar su consentimiento tanto el menor como el tutor), y (4) la información sobre salud mental en régimen ambulatorio si el menor tiene 13 años o más.

PARA USO EXCLUSIVO DE MULTICARE

- ¿Se completó la solicitud y se facilitaron los expedientes médicos a un proveedor externo? SÍ NO
- ¿Se envió esta solicitud a un proveedor u hospital externo para obtener registros médicos? SÍ NO
- ¿Se trata de una autorización para comunicaciones verbales o conversaciones en curso que solo debe archivarse como referencia? SÍ NO



Aviso de disponibilidad de idiomas | Servicios de interpretación gratuitos: si habla un idioma que no sea inglés, MultiCare ofrece servicios de interpretación sin costo para usted. Para obtener más información sobre este servicio gratuito, escanee el código QR o visite multicare.org/interpreter.

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex & Gender:

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH CARE INFORMATION (PROTECTED HEALTH INFORMATION OR PHI)

MultiCare

