

# AUTHORIZATION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre Anterior: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de record Medico: \_\_\_\_\_

Yo autorizo:

or \_\_\_\_\_

*Hospital, Doctor, Programa, Agencia*

**Yakima Valley Memorial Hospital**  
**15 W Yakima Ave. Ste. 200**  
**Yakima, WA 98902**  
**Ph509-575-8082 Fax 509-575-8685**

\_\_\_\_\_  
*Direccion*

A entregar mi record confidencial a:

\_\_\_\_\_  
*Yo, Hospital, Doctor, Programa, Agencia*

\_\_\_\_\_  
*Direccion*

Razon para divulgar: \_\_\_\_\_

## INFORMACION ESPECIFICA DIVULGAR:

Fecha de tratamiento: \_\_\_\_\_ Concerniente a: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Summario de alta         | <input type="checkbox"/> Reporte de Operacion | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiologia         |
| <input type="checkbox"/> Historia y Examen Fisico | <input type="checkbox"/> Reporte de Patologia | <input type="checkbox"/> Reporte de Electrocardiografia |
| <input type="checkbox"/> Consultas                | <input type="checkbox"/> Record de emergencia | <input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio         |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso        | <input type="checkbox"/> Otro: _____          |   |

**Includes**

**Excludes**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento o diagnostico sobre abuso de drogas y alcohol |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Record de salud mental                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estudios/Tratamiento del VIH o SIDA                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades transmitidas sexualmente confirmadas         |

*Esta expirara automaticamente en 90 dias o en la fech especificada \_\_\_\_\_.*

*Usted puede revocar esta autorizacion en cualquier momento notificando al deparamanto de record medicos por escrito. La revocacion de esta autorizacion no puede ser retroactiva a la divulgacion de informacio, hecho de buene fe.*

*Si usted no firma esta autorizacion, no se le rehusara tratamiento. Existe la posibilidad de que el receptor, como se describe arriba, pudiera re-divulgar su informacion medica.*

***Yo certifico que esta forma me ha sido explicada, que la he leído o me la han leído, y que entiendo su contenido las partes que no entendí, me han sido explicados.***

\_\_\_\_\_  
**Paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha y hora**

\_\_\_\_\_  
Persona autorizada, si no es el paciente

\_\_\_\_\_  
Witness