

AUTORIZACIÓN PARA QUE LAKE CHELAN COMMUNITY HOSPITAL UTILICE O REVELE MI INFORMACIÓN MEDICA

Lake Chelan Community Hospital P.O. Box 908 Chelan, WA 98816-0908	Health Information Management Phone: (509) 682-6123 Fax: (509) 682-1124	Método que se enviará <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Flashdrive <input type="checkbox"/> Paper Copy <input type="checkbox"/> Verbal
---	---	---

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre anterior: _____

Por este medio se concede la autorización para divulgar información médica

DIVULGAR DE: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	DIVULGAR A: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
--	---

Mi autorización

Ustedes podrán utilizar o revelar la siguiente información médica (marque todo lo que corresponda):

Cualquier información médica contenida en mi expediente.
 Información médica contenida en mi expediente médico relacionada con el siguiente tratamiento o enfermedad: _____
 Información médica de mi expediente médico correspondiente a la(s) fecha(s): _____
 Otra información (p.ej. radiografías, fracturas, fecha(s) específica(s): _____

Ustedes podrán utilizar o revelar la siguiente información médica referente a análisis, diagnóstico y tratamiento (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> VIH (virus del SIDA)	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos/salud mental	<input type="checkbox"/> Alcoholismo o drogadicción

Razón(es) para la autorización (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Yo lo solicite	<input type="checkbox"/> Marque únicamente si LCCH solicita la autorización para fines de comercialización
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Marque únicamente si LCCH recibirá pago o algo de valor por proporcionar información médica para fines de comercialización

Esta autorización vence:

<input type="checkbox"/> A los 90 días de la fecha en que fue firmada	<input type="checkbox"/> El día _____ (no mas de 90 días de la fecha de la firma)
<input type="checkbox"/> Cuando en siguiente evento ocurra	

II. Mis derechos

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para poder recibir beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, entiendo que debo firmar un formulario de autorización:

- Para participar en un estudio de investigación Q
- Para recibir atención médica cuando la finalidad es crear información médica para terceros.

Entiendo que mi información de alcohol y droga son protegidos por reglas federales que gobiernan sobre la información confidencial del Abuso de Alcohol y Droga por un paciente, 42 C.F.R. part 2, and Health Insurance Portability and Accountability act of 1996("HIPPA"), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 y no se revelara sin mi autorización escrita al menos proporcionadas en las reglas.

Yo puedo revocar esta autorización por escrito. En caso de hacerlo, eso no tendría ningún efecto sobre acciones ya realizadas por Lake Chelan Community Hospital sobre la base de esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su finalidad era obtener seguro. Esta autorización se puede revocar de dos maneras:

- Completar el formulario de revocación. El formulario se consigue por medio de Health Information Management, Lake Chelan Community Hospital. Q
- Escribirle una carta a Health Information Mangement, Lake Chelan Community Hospital.

Una vez que la información médica ha sido divulgada, la persona u organización que la recibe podría volver a revelarla. Es posible que las leyes de privacidad ya no amparen esa información.

Firma del paciente o individuo legalmente autorizado	Fecha	Hora
--	-------	------

Testigo o person firmando a favor del paciente	Testigo o familiar (padre, tutor, representante, etc.)
--	--