



AUTORIZACION: USAR, DIVULGAR EXPEDIR DATOS MEDICOS PROTEGIDOS

Me doy por entendido de lo siguiente:

- Tengo el derecho de rehusar firmar el presente formulario de autorización para dar a conocer mis datos médicos protegidos. El rehusar dicha autorización no afecta mi derecho de recibir servicios de atención médica o reembolso por los tales. La única circunstancia que el negar a firmar esta autorización afectaría mi derecho de recibir servicios de atención médica sería si dichos servicios son en base a investigación científica o si son sólo para facilitar datos de salud a otra persona y se requiera de esta autorización para llevar a cabo la respectiva divulgación.
- Puede ser que haya una cuota por procesar la presente petición de autorización.
- La información utilizada o divulgada para efectuar esta autorización puede quedar sujeta a re-divulgarse y ya no quedar protegida bajo la ley federal. Sin embargo, entiendo además que la ley federal o estatal podría restringir la re-divulgación de datos de VIH / SIDA (en inglés 'HIV / AIDS'), de salud mental, información de pruebas genéticas y diagnóstico de alcohol y drogas, de los tratamientos afines o de información de referencias de paciente.
- Tengo el derecho de obtener una copia de esta autorización firmada.
- Puedo, en cualquier momento, revocar la presente autorización en su forma escrita. En caso de hacerlo, los datos delineados abajo ya no podrían utilizarse o divulgarse para los propósitos descritos en la autorización escrita. La única excepción sería cuando PH&S haya tomado acción en pro de la autorización o bien, que la autorización se haya obtenido como condición para una cobertura de seguro.

Para revocar la presente autorización, envíe una declaración por escrito que indique que opta por revocar la autorización, así como una copia de la misma a:

Your Clinic Location:

Providence Salud Servicios y sus Afiliados no haga discriminar sobre el Raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades de salud.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電888-311-9127 (TTY: 711).

PH&S ya no imprime ni divulga el número de seguro social del paciente a menos que el Dpto. de contabilidad lo requiera. No obstante, es posible que el número de seguro social aparezca en el expediente del paciente si dicho récord tiene varios años. Por lo tanto, tal vez el expediente que solicite usted incluya e indique su número de seguro social.

El centro médico, sus empleados, oficiales y médicos quedan exentos de responsabilidad legal o por daños a causa de la divulgación de la información arriba mencionada en la medida indicada en el presente documento.



3600

AUTORIZACION: USAR, DIVULGAR EXPEDIR DATOS MEDICOS PROTEGIDOS

Para cuáles estados: Alaska California Montana Oregon Washington

Autorizo a PH&S para usar y divulgar una copia de la información de salud específica según delineado aquí abajo con

respecto a: Paciente: Fecha nac.:

Domicilio: Tel.

Para divulgarse a (destinatario-s):

Domicilio del(los) destinatario(s):

Ciudad: Edo.: Zip:

Tel(s): Fax:

Solicito la información de parte de los siguientes centros clínicos:

Nombre de hospital y número de Tel.	Nombre de clínica y número de Tel.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para las fechas de: hasta:

Para datos relacionados con el sig. diagnóstico o lesión:

Datos a divulgarse:

<input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Resumen de su alta
<input type="checkbox"/> Datos de operaciones	<input type="checkbox"/> Reporte de la sala de urgencia ('Emergency')
<input type="checkbox"/> Diagnósticos (laboratorio, rayos-X, EKG, etc.)	<input type="checkbox"/> Apuntes de avances y progreso de salud
<input type="checkbox"/> Otros:	

Con el objetivo de:

A menos que sea revocada, la presente autorización vence en 180 días; ó con fecha:

Entiendo y quedo de acuerdo que los datos a continuación se divulgan si coloc o mis iniciales junto al tipo de servicio.

Pruebas y tratamientos de VIH / SIDA (en inglés 'HIV / AIDS'). Consultas específicas de salud mental.

Pruebas genéticas. Consultas específicas por alcohol o drogas.

Imprimase y firme a mano

Firma del paciente: Fecha:

Representante, nombre: Fecha:

Representante, firma: Nexo: