



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR, DIVULGAR Y PUBLICAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

Entiendo lo siguiente:

- Tengo el derecho de negarme a firmar este formulario de autorización para divulgar o publicar mi información de salud protegida. Si me niego a firmar la autorización, esto no afectará de manera negativa mi posibilidad de recibir servicios de atención a la salud o reembolso por los servicios. La única circunstancia en la que la negativa a firmar esta autorización podría afectar mi capacidad para recibir servicios de atención a la salud es si los servicios de atención a la salud están relacionados con una investigación o tienen el único propósito de proporcionar información de salud a otra persona, y se necesita la autorización para realizar dicha divulgación.
- Es posible que exista un cargo asociado con esta solicitud.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una divulgación posterior y ya no estaría protegida por las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes estatales o federales pueden limitar la divulgación posterior de la información de VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos e información sobre el diagnóstico, el tratamiento o las referencias por consumo de drogas/alcohol.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización firmada.
- Podré revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información descrita a continuación ya no se podrá utilizar ni divulgar con los fines descritos en la autorización escrita. La única excepción se aplicará cuando Kadlec haya tomado medidas basándose en la autorización o si la autorización fue obtenida como condición de la cobertura de seguro.

Envíe esta autorización o revocación a uno de estos sitios, dependiendo de dónde haya recibido atención:

Kadlec Regional Medical Center

Dept: Release of Information

800 Swift Blvd, Suite 180

Richland, WA 99352

Teléfono: (509) 942-2017 | Fax: (509) 392-5682

Correo electrónico: roi.mailbox@kadlec.org

Importante: Kadlec ya no imprime ni divulga los números del Seguro Social de los pacientes, a menos que sea necesario para la facturación. Sin embargo, los números del Seguro Social podrían estar incluidos en la información de los pacientes que haya sido creada en años anteriores. La información que usted autoriza divulgar podría incluir su número de Seguro Social.

Por el presente documento, la institución, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad u obligación legal por divulgar la información expuesta anteriormente en la medida en que haya sido indicada y autorizada en este documento.

Kadlec y sus filiales no discriminan en sus programas y actividades de salud con base en raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services.

Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (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)。



**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR, DIVULGAR Y PUBLICAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)**

Autorizo a Kadlec a utilizar y divulgar una copia de la información de salud específica descrita a continuación con relación a:

Nombre del paciente: _____ Fec. Nac.: _____

Dirección del paciente: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

Para divulgarse a: Yo mismo O bien, nombre del destinatario: _____

Dirección del destinatario: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax _____ Correo electrónico: _____

Envíe mis historiales a través de: MyChart Correo electrónico En disco En papel Fax

Solicito información de lo(s) siguiente(s) establecimiento(s):

Nombre del hospital (lista) y número de teléfono	Nombre de la clínica (lista) y número de teléfono

Para el rango de fechas desde: _____ hasta: _____

En el caso de la información relacionada con el siguiente diagnóstico o lesión: _____

Información que se divulgará:

Antecedentes y examen físico

Resumen del alta

Informe quirúrgico

Informe del Departamento de Emergencias

Informes de diagnóstico
(análisis de laboratorio, radiografías, EKG, etc.)

Notas sobre el progreso

Otro(especifique): _____

Con el fin de: _____

A menos que se revoque, esta autorización se vence en 180 días o en esta fecha: _____

Entiendo y acepto que la información a continuación se divulgará si escribo mis iniciales en el espacio correspondiente al lado del tipo de información.

_____ Prueba o tratamiento del HIV/AIDS	_____ Visitas específicas por motivos relacionados con la salud mental
_____ Pruebas genéticas	_____ Visitas específicas por consumo de drogas o alcohol

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(Imprima el formulario y firmelo a mano)

Nombre del representante del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante del paciente: _____
(Imprima el formulario y firmelo a mano. Incluya documentación de respaldo).

Relación con el paciente: _____