

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente en letra de imprenta:	Nombre anterior, si corresponde:
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono de contacto durante el día:

DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN:

Proveedor/organización/persona:	
Dirección:	
Número de teléfono:	Número de fax:

REMITENTE DE LA INFORMACIÓN:

Proveedor/organización:	
Dirección:	
Número de teléfono:	Número de fax:

OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN:

<input type="checkbox"/> Transferencia de la atención	<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> Especialista	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Seguro
---	---	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

<input type="checkbox"/> Registros médicos de los últimos 2 años
<input type="checkbox"/> Todos los registros médicos (de conformidad con las <i>Pautas de retención de registros del estado de Washington [Washington State Records Retention Guidelines]</i>)
<input type="checkbox"/> Otros (especifique los procedimientos y las fechas de servicio)

Comprendo que la información de mis registros médicos puede incluir información relacionada con la evaluación, el diagnóstico o el tratamiento de lo siguiente: virus del SIDA/VIH, trastornos psiquiátricos o de salud mental, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento para el consumo de drogas y alcohol. Autorizo la divulgación de este tipo de información.

MENORES DE EDAD (ENTRE 13 Y 17 AÑOS):

Se requiere el consentimiento de un paciente menor de edad para divulgar información relacionada con la atención de lo siguiente: 1) afecciones relacionadas con la sexualidad del menor, entre las que se incluyen las siguientes: métodos anticonceptivos, embarazo y enfermedades de transmisión sexual (a partir de los 14 años); 2) consumo de drogas o alcohol (a partir de los 13 años para WA y a partir de los 14 años para OR), y 3) afecciones mentales (a partir de los 13 años para WA y a partir de los 14 años para OR).

Comprendo que una vez que Frontier Derm Partners divulgue la información médica, la persona u organización receptora podría volver a divulgarla, y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad. También comprendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Se requiere mi autorización para participar en un estudio de investigación y recibir atención médica cuando el objetivo sea recopilar información médica para un tercero. Tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento (ver reverso).

CADUCIDAD DE LA AUTORIZACIÓN

Esta autorización caduca el _____, salvo que se especifique lo contrario. Esta autorización caducará en 12 meses, salvo que se especifique lo contrario.

Fecha:	Firma del paciente:
Número de teléfono de contacto durante el día:	
Relación con el paciente (en caso de que no sea el paciente):	

CÓMO ENVIAR SU SOLICITUD

Entréguela en la ubicación más cercana

Cárguela y envíela a través del portal para pacientes

- Messages (Mensajes) > Compose Message (Redactar mensaje) > To* (Para*) (elegir la opción correspondiente) > Add Attachments (Añadir adjuntos) > Send (Enviar)
- ¿Tiene alguna pregunta? Llame al 866-574-1428

Envíe un fax al 503-362-8435

NOTIFICACIÓN DE CANCELACIÓN

En virtud de la Ley de Información Médica Uniforme (*Uniform Health Information Act*) del estado de Washington, los registros deben divulgarse dentro de los 30 días tras la recepción de un formulario de divulgación firmado y fechado. Dado que los registros suelen procesarse 2 o 3 días después de la recepción, Frontier Derm Partners no será responsable de ninguna divulgación de información médica realizada antes de recibir una notificación de cancelación por escrito. La revocación entra en vigor en la fecha de recepción de la solicitud por escrito.

INSTRUCCIONES PARA CANCELAR UNA SOLICITUD

- Debe presentar una solicitud por escrito en la que solicite la revocación/cancelación de la divulgación de registros original.
- Debe incluir su nombre completo, fecha de nacimiento, número de teléfono (particular o laboral) y el nombre de la persona o agencia que usted autorizó a recibir la información médica.
- Tras recibir la notificación, lo llamaremos por teléfono para confirmar la revocación de su autorización.
- Le notificaremos si ya se realizó la divulgación. Se revocará cualquier tipo de divulgación futura.