



## Autorización Para Usar y Liberar Información

600 Orondo Ave, Ste. 1  
 Wenatchee, WA 98801  
 Ph. (509) 662-6000 / Fax (509) 664-4588 1(800) 288-7649

**Liberar de:**

Agencia/Nombre: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Teléfono: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Fax: <input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Ciudad: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Estado/Código postal: <input style="width: 95%;" type="text"/>

**Liberar a:**

Agencia / Nombre: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Teléfono: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Fax: <input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Ciudad: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Estado/Código postal: <input style="width: 95%;" type="text"/>

**Propósito de la liberación:**  Abogado  Continuidad de cuidado  Personal  Transferencia de cuidado  Solamente comunicación

**Información a ser liberada:** (Favor de marcar uno)  Información pertinente más reciente (Últimas notas de médicos / personal clínico, hoja de historial médico y laboratorio)  Para citas y información de cuentas

Información específica:

**Método de envío:**  Correo  CD  Transmitir a proveedor  Solamente comunicación  Papel

**Esta autorización es válida por:**  30 días  90 días  180 días  1 año  Indefinidamente (Excluye Servicios de Consejería)

(Si no selecciona uno, entonces será un año desde la fecha de esta Autorización o como se requiere en RCW 7002030(6), lo que sea más corto.)

**Excluir la siguiente información**  Diagnóstico de tratamiento por abuso de alcohol/droga  Diagnóstico / tratamiento / pruebas del VIH/SIDA  Enfermedad de transmisión sexual  Diagnóstico / tratamiento de enfermedad mental o psiquiátrica

**Derechos del cliente:**

Yo entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención a la salud (tratamiento, pago o inscripción). Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que una vez la información de salud a ser divulgada llegue al recipiente nombrado, esa persona u organización puede volver a divulgarla, y en ese momento puede no estar protegida bajo las leyes de Privacidad.

**Nombre completo del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre** (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Representante, Intérprete o Testigo** (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Office Use Only** (please check box)  File in Chart Only  Process-Send Records