



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

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