



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

Barcode

Authorization to Release Medical Information

Liberar de:

Agencia/Nombre:	Teléfono:	Fax:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código postal:

Liberar a:

Agencia / Nombre:	Teléfono:	Fax:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código postal:

Purpose of Disclosure: ☐ Abogado ☐ Continuidad de cuidado ☐ Personal ☐ Transferencia de cuidado ☐ Testimonio/Deposición

Información a ser divulgada: (Marque todas las opciones que apliquen)

☐ Registros de facturación ☐ Radiología ☐ Informes de laboratorio/patología ☐ Medicos ☐ Dental ☐ Vacunacion

☐ Toda la información médica (excluida la información confidencial) de los últimos 2 años

☐ Otro: Fechas:

E INCLUYE: (la siguiente información)

☐ Diagnóstico de VIH/SIDA / tratamiento/pruebas ☐ Enfermedades de transmisión sexual

☐ Servicio o tratamiento conductual o de salud mental

☐ Uso de sustancias/tratamiento/diagnóstico/pruebas

Formato: ☐ Papel ☐ Correo Postal ☐ CD ☐ USB ☐ Transmitir al proveedor ☐ Solo comunicación

☐ Otro:

Esta autorización es válida por: ☐ 30 días ☐ 90 días ☐ 180 días ☐ 1 año ☐ fecha de vencimiento (mm/dd/yy) / /
(Si no se selecciona, la expiración ocurrirá un año después de la fecha de esta Autorización.)

Derechos del cliente:

Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica (tratamiento, pago u operaciones de cuidados médicos) y que puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento. La revocación excluye cualquier información que ya haya sido divulgada. Entiendo que una vez que la información médica que autorizo a ser divulgada llegue al destinatario mencionado, dicha persona u organización puede volver a divulgarla, y en ese momento es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad.

Entiendo que mis registros de trastornos por abuso de sustancias están protegidos por regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los Registros de pacientes con trastornos por abuso de sustancias 42 CFR, Parte 2, así como por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996, 45 CFR, Partes 160 y 164, y que no pueden ser divulgados sin mi autorización escrita a menos que las regulaciones indiquen lo contrario.

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