



DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION SOBRE LA SALUD

Yo, _____, por la presente autorizo el uso o revelación de información sobre mi salud como se describe a continuación. Se autoriza a la persona u organización siguiente hacer la revelación:

(INFO DE) NOMBRE: _____
DIRECCION: _____

Las clases y fechas de la información que se van a usar o revelar son:

Contraseña (requerida para divulgación verbal): _____

Se piden expedientes sobre el tratamiento por abuso de sustancias/CD (Se requiere el formulario DOC 14-172 Unidad de recuperación por abuso de sustancias – revelación múltiple de información confidencial o equivalente)

Propósito de la revelación: _____

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información acerca de infecciones de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información acerca de servicios de salud mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Se permite revelar esta información a la persona u organización siguiente para su uso:

(INFO PARA) NOMBRE: _____
DIRECCION: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si lo hago, lo tengo que hacer por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Control de Información sobre la Salud de la entidad listada como (DE) en la parte superior. Entiendo que la revocación no se aplicará a información ya emitida como respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada de alguna otra manera, esta autorización expirará en la fecha, ocasión o condición que sigue a continuación: _____ (si se deja en blanco, la autorización caducara en el momento de su liberación de prisión de DOC o seis (6) meses a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra más tarde).

Entiendo que mi autorización para revelar esta información de salud es voluntaria. Puedo rehusar firmar esta autorización. No necesito firmar este papel para asegurar que reciba tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se va a usar o revelar en cumplimiento con 45 CFR 164.524 y RCW 70.02. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de revelación posterior no autorizada que no queda protegida por leyes estatales o federales. Si tengo preguntas acerca de la revelación de mi información de salud, puedo comunicarme con el RHIA/RHIT/designado institucional: _____.

Firma del paciente (No firme si no se contestó todo.) Fecha (El paciente la apunta)

Últimos cuatro dígitos de su SSN Fecha de nacimiento Número del DOC

Requesting provider: _____ Date mailed/faxed: _____

Las leyes estatales y/o reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento escrito de la persona a quien se refiere o según permita la ley.