

Patient Label

YVFWC Authorization to Disclose, Release, and/or Obtain Protected Health Information

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR Y/U OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (SPANISH):



Los expedientes médicos recientes están disponibles en MyChart para descargarlos inmediatamente sin tener que llenar este formulario.

1. Información del paciente

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Correo electrónico	Otros nombres y apodos (si los hay)	Clinica/Lugar de servicio	
Doctor o Clínica	Teléfono (incluya prefijo)	Fax (incluya prefijo)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

2. *Para el siguiente propósito:

☐ Asunto legal ☐ Seguro Médico ☐ Continuidad de Atención/Tratamiento ☐ Personal ☐ Otro (especifique)

Proporcionar información a:

Nombre de individuo/organización o afiliación

Teléfono (incluya prefijo)

Fax (Incluya prefijo)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

3. Autorización para proporcionar información de salud protegida:

*Yo autorizo a que los siguientes servicios y programas proporcionen información de mis expedientes. Yo comprendo que esa información será proporcionada verbalmente, por correo, fax o por entrega personal.

4. Fechas de tratamiento: _____ a _____ ☐ Más reciente (2 años) (predeterminado si no hay fechas disponibles)

MEDICAL/OB

☐ Registro de vacunas ☐ Últimos dos años de consultas ☐ Últimos dos años de notas de progreso ☐ Lista de medicamentos ☐ Resumen de problemas médicos ☐ Resumen de cita relacionada con el embarazo o prenatal ☐ Registro de partos ☐ Pruebas de laboratorio prenatales ☐ Registro de embarazo (actual y pasados) ☐ registro de imágenes/ultrasonidos ☐ Otros: _____	Historial de servicios de salud mental: ☐ Servicios médicos y medicamentos ☐ Resumen de dada de alta/terminación ☐ Educación/Educación especial ☐ Plan de educación especial (IEP/504) ☐ Evaluación multidisciplinaria ☐ Registros académicos ☐ Registro de disciplina ☐ Registro de asistencia ☐ Notas de psiquiatría/Salud mental ☐ Otras: _____ ☐ Expedientes BHS de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias	Los siguientes servicios solamente (marque lo aplicable): ☐ Historial de servicios de salud para la comunidad ☐ Historial de WIC ☐ Historial de la clínica New Hope ☐ NCAC Northwest Community Action Center ☐ Cures Act, toda EHI (si se selecciona, envíe la información al encargado de asuntos de privacidad de HIPAA)
--	--	---

Patient Label

YVFWC Authorization to Disclose, Release, and/or Obtain Protected Health Information

PEDIATRIA

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Informe de consultas | ☐ Tabla de crecimiento | ☐ Notas de progreso |
| ☐ Evaluación de educación | ☐ Vacunas | ☐ Lista de Medicamentos |
| ☐ Informes de evaluaciones y terapias | ☐ Últimos dos exámenes del niño sano | ☐ Lista de condiciones médicas o historia clínica |

DENTAL

- ☐ Examen periodontal más reciente
- ☐ Radiografía de aleta mordida (interproximal)
- ☐ Resumen odontológico
- ☐ Gráfico periodontal
- ☐ Expediente dental
- ☐ Otro (especifique): _____

5. *Entiendo que mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

*Yo autorizo que se proporcione información de los siguientes expedientes (marque todo lo aplicable):

- ☐ Resultado de pruebas VIH/SIDA y ETS/ITS, diagnósticos o registros de tratamientos (RCW 70.24.105), (OAR 333-12-270(8)(a))
- ☐ Información genética (ORS 659.710, 659.715, 659.720)
- ☐ Expediente de salud mental (RCW 71.60.390 o 71.34200) Incluyendo: (ORS 179.505)
- ☐ Información y registros sobre el trastorno por consumo de sustancias (SUD) (42 CFR Parte 2)

6. MODO DE ENTREGA:

Por favor entregue mi información:

- ☐ Documentos por correo
- ☐ en un formato electrónico a través de MyChart – **seleccione la opción en MyChart para recibir alertas por correo electrónico.**
- ☐ De forma electrónica mediante el formato que elija YVFWC
- ☐ De forma verbal (ej., enfermera escolar, abogado, personas que participan en mi atención de salud.)

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE A CONTINUACIÓN:

7. *Entiendo que mi información está protegida por las leyes del estado Washington y no puede ser proporcionada sin mi autorización por escrito a menos que las leyes estipulen lo contrario.

8. * Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si la deseo cancelar necesitare dirigirme por escrito a la oficina encargada de privacidad de HIPAA de YVFWC, Attn: HIPAA Privacy Office. Entiendo que la revocación no afectará la información que ya se ha proporcionado en virtud de esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga al asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. Esta autorización vencerá en la fecha siguiente, a menos que se cancele de otro modo, o se produzca el siguiente acontecimiento o condición: _____. Si no incluyo una fecha de vencimiento, tipo de evento o condición, esta autorización vencerá en 90 días.

Patient Label

YVFWC Authorization to Disclose, Release, and/or Obtain Protected Health Information

9. *Yo entiendo que no estoy bajo ninguna obligación de autorizar que se proporcione esta información. Y reconozco que puedo negarme a firmar esta autorización. Además, yo entiendo que no necesito firmar este formulario para obtener tratamiento. Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o compartirá de acuerdo con 45 CFR 164.524. Entiendo que cuando se comparte la información existe la posibilidad de que deje de estar protegida por las leyes federales de confidencialidad si la entidad que recibe esta información la comparte de nuevo. Si tengo más preguntas sobre esto, puedo comunicarme con la encargada de asuntos de privacidad de YVFWC HIPAA.

10. *Entiendo que puedo solicitar una copia de mis expedientes médicos a través de MyChart. Los expedientes estarán disponibles en MyChart durante 30 días. Yo entiendo que, si quiero consultar y/o descargar mis expedientes médicos después de 30 días, necesitaré solicitarlos de nuevo mediante el portal de MyChart.¹

_____ Firma del Paciente	_____ Nombre escrito	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma Padre/Madre/Tutor legal	_____ Nombre escrito	_____ Fecha	
_____ Firma de testigo	_____ Nombre escrito	_____ Fecha	_____ Hora

Si el expediente médico que solicito no es el mío, yo estoy autorizado a firmar porque soy el/la:

☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal (incluya una copia de la orden de la corte) ☐

Otra: _____

Menores de edad: El/La menor de edad necesita firmar este formulario para proporcionar la siguiente información: (1) condiciones relacionadas con la atención reproductiva del menor de edad; (2) enfermedades de transmisión sexual (si tiene 14 años o más); (3) abuso de alcohol y/o drogas y condiciones de salud mental (si tiene 13 años o más).

Fallecido: Si solicita copias de los registros de una persona fallecida, se requiere una copia del certificado de defunción.

¹ Poder legal para adultos, el poder de un menor de edad y el poder para adolescentes permitirán al apoderado presentar una solicitud a través de MyChart y descargar la información de salud solicitada del paciente, una vez aprobada a través de MyChart.