

*Nombre del paciente: _____ *Fecha de nacimiento: _____

*INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA POR: _____
Nombre del departamento/la clínica

*INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA A: _____
Nombre del padre, la madre o el tutor legal

Menores (definidos por la ley como las personas menores de 18 años de edad, a menos que se especifique lo contrario por condiciones específicas).

Se requiere la firma de un paciente menor de edad a fin de divulgar la siguiente información (de conformidad con la [legislación estatal de Washington](#)):

1. Condiciones relativas a control de natalidad, abortos o servicios prenatales (a cualquier edad)
2. Enfermedades de transmisión sexual, incluso VIH/SIDA (si tiene 14 años o más)
3. Abuso de alcohol o drogas y afecciones de salud mental (si tiene 13 años o más)

***Autorización del paciente:**

Esta autorización permite específicamente la divulgación de la siguiente información (**esta información NO se divulgará a menos que la línea correspondiente cuente con las iniciales**):

- _____ Cualquier registro de tratamiento de control de natalidad, aborto o servicios prenatales
- _____ Cualquier registro de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluso VIH/SIDA
- _____ Cualquier registro de tratamiento de salud mental de paciente ambulatorio
- _____ Cualquier registro de tratamiento contra las drogas o el alcohol de un paciente ambulatorio

Esta autorización estará vigente durante un año a partir de la fecha de ejecución; sin embargo, puedo revocarla en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Island Hospital.

Derechos del paciente: Comprendo que no necesito firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en la que ya se haya utilizado, enviando una solicitud por escrito al oficial de Privacidad de Island Hospital, 1211 24th Street, Anacortes, WA. 98221.

Comprendo que tengo los siguientes derechos:

- Revisar o recibir una copia de mi información de salud protegida.
- Recibir una copia de este formulario firmado.
- Negarme a firmar este formulario para la autorización de la divulgación o la revelación de mi información de salud protegida.

Comprendo que, una vez que Island Hospital divulga información de salud, la persona que la recibe puede divulgarla nuevamente y, en ese momento, ya no estará protegida por las leyes de privacidad.

Comprendo que la confidencialidad de estos expedientes estará protegida por Island Hospital y sus clínicas de conformidad con la legislación estatal y federal (HIPAA, CFR 45, partes 160 y 164) de Washington. También comprendo que algunos de mis expedientes pueden estar protegidos en virtud de leyes federales que rigen la Ley Federal de Confidencialidad para Pacientes que han Abusado del Alcohol o de las Drogas, CFR 42, parte 2, y no pueden ser divulgados una ni más veces sin mi consentimiento por escrito salvo que estas regulaciones dispongan lo contrario.

Al firmar esta página, reconozco que he leído y acepto los términos y las condiciones establecidos en ella.

*Firma: _____ *Fecha: _____
Nombre del paciente menor de edad

*Si es firmada por otra persona que no es el paciente, indique el motivo, el vínculo con el paciente o una descripción de la autoridad:

Authorization to Disclose_Obtain Minor's Protected Health Information (PHI) - Spanish
Island Hospital

Document Owner: Director, Admitting

Version Date: 05/29/2021; Approved: 06/01/2021; Reviewed: 06/01/2021

Printed copies are for reference only. Please refer to the electronic copy for the latest version