

***Nombre del paciente:** _____ ***Fecha de nacimiento:** _____ N.º de teléfono: _____

***Motivo de la divulgación:** Seguro Proveedor Abogado Personal Otro: _____

<p>*INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA POR:</p> Island Hospital Departamento/clínica: _____ (Organización/persona) _____ (Domicilio) _____ (Ciudad, estado, código postal) _____ (Teléfono/Fax)	<p>*INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA A:</p> _____ (Organización/persona) _____ (Domicilio) _____ (Ciudad, estado, código postal) _____ (Teléfono/Fax) O: Island Hospital Departamento/clínica: _____
---	--

***Tipo de información (marque la casilla correspondiente):**

- Expedientes médicos del hospital correspondiente desde el _____ hasta el _____
- Expedientes médicos de la clínica correspondiente desde el _____ hasta el _____
(puede cobrarse una tarifa por este servicio)
- Todos los expedientes médicos (puede cobrarse una tarifa por este servicio)
- Imágenes (especifique el tipo) _____
- Otro (especifique: resumen de alta, informes operativos, informes de laboratorio, facturas, etc) _____

***Autorización del paciente:**

Comprendo que mis expedientes pueden contener información relativa al diagnóstico o el tratamiento de las siguientes afecciones y presto mi consentimiento para incluir tal información en esta solicitud de registros (se requieren las iniciales del paciente): _____ VIH/SIDA _____ enfermedades de transmisión sexual _____ abuso de alcohol o drogas _____ enfermedad mental _____ afección psiquiátrica

***Esta autorización es válida hasta el _____ (fecha) O cuando tenga lugar el siguiente evento:** _____

(Indique a partir de qué fecha Island Hospital dejará de tener autorización para divulgar su información de conformidad con esta autorización. Si no se detallan una fecha o un evento, la autorización estará vigente durante 30 días a partir de la fecha de su firma).

Nota: La autorización para la divulgación de su información a un empleador o una institución financiera solo puede estar vigente por un plazo máximo de un año a partir de la fecha de su firma. ([Referencia RCW 70.02](#))

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:

1. Condiciones relativas a control de natalidad, abortos o servicios prenatales (a cualquier edad, de conformidad con la [legislación estatal de Washington](#))
2. Enfermedades de transmisión sexual (si tiene 14 años o más)
3. Abuso de alcohol o drogas y afecciones de salud mental (si tiene 13 años o más)

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 o la organización que la reciben 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** _____
(Paciente o persona autorizada a dar la autorización)

***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:** _____

Confirmación de identificación _____ **Fecha de copia de los expedientes** _____ **Copiados por** _____
Departamento/clínica _____

Authorization to Disclose Obtain Protected Health Information (PHI) Release of Information - 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