

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE ATENCION MEDICA**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre anterior: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo postal: \_\_\_\_\_ # Tel: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Konza Prairie Community Health Center para:

**Term:** Esta autorizacion permanecera en vigor:

Divulgar informacion de salud medica/dental del paciente nombrado arriba a:

Desde la fecha de autorizacion hasta

Obtener informacion de salud medica/dental del paciente nombrado arriba de:

\_\_\_\_\_ dia de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_

Hasta que el proveedor cumpla con esta solisitud.

Direccion: \_\_\_\_\_

Hasta que el siguiente evento ocurra:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo postal: \_\_\_\_\_

Todo registro medico/dental

Transferencia completa de atencion

Especificado: \_\_\_\_\_

- Usted tiene el derecho de revocar esta autorizacion por escrito a no ser que su registro medico ya a sido divulgado o de lo contrario han sido prohibidos por leyes estatales o federales.
- Tratamiento, pago, inscripcion, o elegibilidad puede no ser una condicion para divulgar registros medicos (PHI/Informacion Personal Medica). Una autorizacion firmada es un requisito para poder liberar registros medicos(PHI/ Informacion Personal Medica).
- Cuando esta informacion es revelada de conformidad, esta autorizacion puede estar sujeto a nueva divulgacion por la parte anterior y no puede estar protegido por la regla federal de privacidad de HIPAA.
- Konza Prairie Community Health Center continuara manteninedo la confidencialidad de registros medicos del paciente (PHI/Informacion Personal Medica) ordenado por la regla federal de privacidad de HIPAA.

**Definicion:** Enfermedad de transmission sexual (STDs), como lo define la ley, RCW 70.24 et seq., incluye herpes, herpes simple, virus del papilloma humano (HPV), verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, urethritis no especifica, sifilis, VDRL, el chancroide, linfogranuloma venereo, HIV (Human Immunodeficiency Virus), SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana), y gonrrea

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Yo autorizo la divulgacion de mis registros de STDs, HIV/SIDA, ya sea positivo/negativo, a las persona(s) listado(s) arriba. Yo entiendo que las persona(s) listados arriba seran notificada(s). Debo dar por escrito un permiso especifico antes de divulgar los resultados de estas pruebas a dichas personas.
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Yo autorizo la divulgacion de cualquier registro sobre drogas, alcohol, o tratamiento de salud mental a la persona mencionada anteriormente.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Si usted no es el paciente firmando esta formulario, cual es su relacion con el paciente? \_\_\_\_\_Guardian legal \_\_\_\_\_Padre de menor \_\_\_\_\_Poder Legal