

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono : \_\_\_\_\_

### AUTHORIZATIONS

**Autorizo al Centro de Salud Comunitario Konza Prairie a:**

- ☐ Divulgar información de salud/atención dental del paciente mencionado anteriormente a:
- ☐ Obtenga información de salud/dental del paciente mencionado anteriormente de:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

- ☐ Todos los registros médicos/dentales
- ☐ Transferencia completa de atención
- ☐ Especificada:

**Plazo: Esta autorización permanecerá vigente:**

- ☐ Desde la fecha de esta autorización hasta: \_\_\_\_\_
- ☐ Hasta que ocurra lo siguiente: \_\_\_\_\_
- ☐ Hasta que el proveedor cumpla con esta solicitud

- Usted tiene derecho a revocar esta autorización por escrito a menos que los registros médicos (PHI) ya hayan sido divulgados o si lo prohíbe la ley federal estatal.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad pueden no ser una condición para divulgar registros médicos (PHI). Una autorización firmada es un requisito para que se divulguen los registros médicos (PHI).
- Cuando esta información se utiliza o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la parte mencionada anteriormente y es posible que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad federal HIPAA. Konza Prairie Community Health Center continuará manteniendo la confidencialidad de los registros médicos (PHI) de nuestros pacientes exigida por la Regla de Privacidad federal HIPAA.

**Definición: Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), según las define la ley, RCW 70.24 et seq., incluyen herpes, herpes simple, virus del papiloma humano (VPH), verrugas, verrugas genitales, condiloma, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venéreo, VIH (Virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y gonorrea.**

- ☐ Sí ☐ No Autorizo la divulgación de mis resultados de ETS y pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativos o positivos, a las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que se notificará a las personas mencionadas anteriormente que debo otorgar un permiso específico por escrito antes de revelar los resultados de estas pruebas a cualquier persona.
- ☐ Sí ☐ No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a las personas mencionadas anteriormente.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted no es el paciente que firma este formulario, ¿cuál es su relación con el paciente? ☐ Guardián de Legán ☐ Padre de menor ☐ Poder legal