

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Autorizo que la información de este paciente sea revelada:

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

También conocido como: _____

Revele la información de:

Servicios de salud de la cárcel KC Medic One Clínica de Salud Pública (nombre de la clínica): _____

Otro: _____

Revele la información a:

Nombre _____ Compañía (si aplica) _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Número de fax _____ Dirección residencial _____

Fechas de información o rango de fechas: _____

Si no se brindan fechas o rango de fechas (no peticiones de KC Medic One), se revelará la información de los 2 últimos años o de la más reciente estadía en la cárcel.

Tipos de información

Todos los registros médicos (notas de visitas, medicamentos, laboratorio, diagnósticos, resultados de pruebas) Brinde información verbalmente

Registros de vacunas Registros dentales Rayos X Facturación Otro: _____

Registros de KC Medic One

Dirección o calle transversal del cuidado de KC Medic One: _____

Hora y fecha del cuidado de KC Medic One: _____

Propósito de la revelación: Legal Pago Cuidado de Salud Otro: _____

También autorizo la revelación de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y pruebas, diagnóstico y/o tratamiento de VIH/SIDA; evaluación, diagnóstico y/o tratamiento del Trastorno del Uso de Sustancias (TUS, esto es, abuso del alcohol y/o drogas); Salud Mental a menos que yo marque en un casillero o casilleros debajo.

NO incluya la siguiente información:

Pruebas/ diagnóstico/ tratamiento de ETS/VIH/SIDA Evaluación/diagnóstico/tratamiento de TUS Salud Mental

Esta autorización expira en esta fecha o evento: _____

Si no se brinda una fecha o evento, esta autorización expira 1 año después de ser firmada.

Firma del paciente o de un adulto autorizado

Fecha

Escriba el nombre y la relación con el paciente, si está firmado por otra persona que no es el paciente

Aviso:

Usted puede revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento indicando a Salud Pública por escrito que usted está revocando la autorización. La revocación no se aplicará a información ya revelada. Salud Pública no puede rechazar el tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios solo porque este formulario no está firmado. La persona u organización que recibe la información requerida puede revelarla a otros dependiendo de las leyes aplicables. Usted puede recibir una copia de este formulario.

Public Health
Seattle & King County



Health Information Management

Public Health – Seattle & King County
401 5th Ave, Suite 1220
Seattle, WA 98104-1818

Phone: 206-263-9700

Fax#: 206-788-8433

DPHROIHotline@KingCounty.gov

PATIENTNAME:

DOB:

MRN:

