



## Autorización del Paciente para Revelar Información Médica Protegida

Lea y llene todo el formulario para que podamos procesar lo que usted solicita.

Información del Paciente:	
Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Correo Electrónico: _____	Teléfono: _____

Vencimiento de Autorización:
Esta autorización vence en _____ (Fecha) o cuando ocurra el siguiente suceso _____ (indique cuándo el Hospital Three Rivers ya no estará autorizado a revelar información según esta autorización). Si no se indica una fecha de vencimiento, esta autorización caducará un año después de la fecha en que se firmó el formulario de autorización. <b>Observe:</b> Las autorizaciones para revelar su información a un empleador o institución financiera solo pueden tener una vigencia máxima de 90 días a partir de la fecha en que usted las firmó.

Three Rivers Hospital/Three Rivers Family Medicine Pueden Revelar Esta Información a:
Organización o Persona: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____
Teléfono _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Método de Entrega de Expediente:
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico Seguro <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger en persona

Propósito de Revelación:
<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Personal/Otro


Información que será Revelada:	Desde la Fecha: _____	Hasta la Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Historial Médico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología (en CD)		
<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio <input type="checkbox"/> Registros de Facturación <input type="checkbox"/> Otro, Especifique: _____		

Autorizo el uso de información confidencial sobre mis afecciones, que pueden incluir enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). **Si decido no autorizar la revelación de información confidencial**, Debo poner mis iniciales a continuación para que esa información sea excluida. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa adicional por eliminar cualquier información confidencial. \_\_\_\_\_ (iniciales, si procede)

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y aceptado los términos que están en ambos lados y/u hojas del mismo

Autorización para que el Hospital Three Rivers Revele Información Médica Protegida:	
Firma (Paciente o Persona Autorizada para dar autorización): _____	Fecha: _____
Si lo firma una persona que no sea el paciente, escriba su nombre, indique el motivo, su relación con el paciente y describa su autoridad	

ROI completed by TRH staff    Date: \_\_\_\_\_    Initials: \_\_\_\_\_    Scanned to Account: \_\_\_\_\_

<p><b>Entiendo que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez que se haya revelado mi información médica protegida, la ley no siempre exige que el receptor de mi información mantenga la confidencialidad</li> <li>• Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla</li> <li>• Mi negativa a firmar no afectará mi derecho a recibir tratamiento, recibir pagos o tener derecho a beneficios, a menos que lo permita la ley.</li> <li>• Al firmar esta autorización, declaro y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizar el uso o la revelación de información médica protegida; y que no hay reclamaciones ni órdenes pendientes o vigentes que prohíban, limiten o restrinjan de otro modo mi capacidad para autorizar el uso o la revelación de esta información médica protegida.</li> <li>• Tengo derecho a revocar esta autorización presentando una solicitud por escrito a:  Three Rivers Hospital  HIPAA Privacy Officer  PO Box 577  Brewster, WA 98812</li> <li>• Tengo derecho a inspeccionar o recibir una copia de mi información médica protegida.</li> <li>• Tengo derecho a recibir una copia de este formulario firmado.</li> </ul>	<p><b>INSTRUCCIONES para la Revelación de Información</b></p> <p>Llene este formulario y envíelo al Hospital Three Rivers por uno de los siguientes medios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fax: 855-818-3903</li> <li>2. Correo postal de EE.UU: Three Rivers Hospital Attn: Health Information Management Office PO Box 577 Brewster, WA 98812</li> <li>3. Presente este formulario en persona: Three Rivers Hospital Health Information Management Office 507 Hospital Way Brewster, WA 98812</li> </ol> <p><i>Lunes a Viernes de 9:00 AM a 4:00 PM</i></p> 
--	--

Para que sea válida, la solicitud de autorización debe:	
✓ Estar por escrito, fechada y firmada.	✓ Especifique la entidad o el lugar donde se revelará la información.
✓ Especifique la información que será revelada.	✓ Especifique la(s) persona(s) o entidad(es) autorizada(s) para recibir la información
✓ Especifique la razón por la que solicita la información.	✓ No es válido sin identificación.
✓ Proporcione una copia del poder de representación (POA, siglas en inglés) para solicitudes familiares u otras solicitudes.	

El Hospital Three Rivers hará todo lo posible por procesar las solicitudes de manera oportuna  Nuestras pautas generales para revelar información son las siguientes:	<b>Atención de Emergencia</b>	<i>Inmediata</i>
	<b>Continuación de la Atención</b>	<i>No más de 24 horas</i>
	<b>Todas las demás solicitudes</b>	<i>No más de 14 días laborables</i>

Si tiene alguna pregunta sobre esta correspondencia o su solicitud de información, llame al Departamento de Gestión de Archivos Médicos del Hospital Three Rivers al (509) 645-3395. Mis horas de oficina son de Lunes a Viernes de 9:00 A.M. a 4:00 P.M.