

COLUMBIA BASIN HEALTH ASSOCIATION

1515 E Columbia St, Othello, WA 99344

Teléfono: 509-488-5256

Fax: 509-331-1601 ó 509-488-9252

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA NACIMIENTO: _____

NOMBRE ANTERIOR: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____
(Street) (City) (State) (Zip)

Por medio de este documento autorizo:

(Provider or Organization Name)

(Address)

(City) (State) (Zip) TELEFONO: _____

Para que entregue una copia del expediente médico archivado en mi nombre a:

(Name of person, provider, or organization)

(Address)

(City) (State) (Zip) FONO: _____

Información para ser entregada – Por favor ponga sus **iniciales** al lado de los artículos que quiere que entreguen:

_____ Apuntes del Expediente _____ Resumen de Alta _____ Examinacion Nino Sano/ Deportes

_____ Infonne de inmunizacion _____ Otro: _____

Todos los archivos _____ Resultados pruebas _____ LAB _____ EKG _____ RAYOS X _____ OTRO: _____

Fechas del Cuidado Médico a ser entregado: _____ Como sea necesario Para comunicacion solamente

Motivo para la entrega: _____

ENTREGAS QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO ESPECIAL:

Mis **iniciales** abajo autorizan específicamente la entrega de información de cuidado de salud relacionada a la prueba, el diagnóstico, o el tratamiento para:

Virus VIH/SIDA _____ Salud Mental /Trastornos Siquiátricos _____

Enfermedades Transmitidas Sexualmente _____ Abuso/Tratamiento Drogas, Alcohol _____

Si el paciente no puede firmar, por favor indique eso y la autoridad para actuar de la persona que firma en nombre del paciente. Este formulario puede ser revocado en cualquier momento, si la información todavía no ha sido entregada. Por favor vea nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad para instrucciones para revocación de la autorización. El tratamiento no está condicionado a la terminación de la autorización. También, por favor entienda que una vez que esta información ha sido entregada de acuerdo con sus instrucciones, queda sujeta a otras entregas más y posiblemente ya no estaría protegida por HIPAA de 1996.

Por medio de este documento libero de toda responsabilidad legal a Columbia Basin Health Association y a su personal que pudiese resultar por las acciones autorizadas en este documento.

FIRMA DE PACIENTE: _____ FECHA: _____

PADRE O TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

Fecha de Vencimiento (o evento) _____ 90 días Sin fecha de caducidad

Si no indico una fecha o un evento, esta autorización se vence en 90 días de la fecha de mi firma.

CBHA Use Only:	
Request Completed by: _____	/date: _____ Mailed / Faxed / Hand carried: _____ / date: _____
<input type="checkbox"/> No Payment required <input type="checkbox"/> \$5/CD <input type="checkbox"/> Paper request # of pages: _____ (x 0.25 - 1 st 100 pg/0.10 add'l pgs)= _____ + Postage: _____ = _____ Total	
Payment/receipt received by: _____	/date: _____ Payment: _____ Cash Check CC