

Autorización del paciente para divulgar, revelar y/u obtener información de salud protegida

Los registros médicos recientes están disponibles a través de MyChart para descargarlos de inmediato sin necesidad de completar este formulario. Consulte la página 3 para obtener más información.

1. Información del paciente

Nombre: apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Nombre(s) anterior(es)/alias		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Fecha de nacimiento	Teléfono	

2. Motivo de la solicitud

☐ Abogado
 ☐ Seguro
 ☐ PFMLA
☐ Proveedor
 ☐ Personal
 ☐ Otro (especifique) _____

3. Centros que divulgarán los registros

☐ Valley Medical Center y Clínicas (VMCC)
☐ Proveedor/clínica (Envíe este formulario directamente a los proveedores que no pertenezcan a VMCC): _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

4. Destinatario de los registros (por ejemplo, compañía de seguros, abogado, médico o paciente)

Nombre	A la atención de	Teléfono	Fax	Correo electrónico
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	

5. Registros que se divulgarán: Período: _____ a _____ O ☐ Los 2 años más recientes (opción predeterminada si no se indican fechas)

☐ Registros médicos
 ☐ Registros de facturación
 ☐ Registro de vacunación
 ☐ Imágenes radiológicas
☐ Notas clínicas
 ☐ Resultados de laboratorio e informes de patología
 ☐ Procedimientos
 ☐ Informes radiológicos
☐ Otro (especifique): _____

☐ Autorizo la **COMUNICACIÓN VERBAL** acerca de mi historia clínica y atención médica. (Marcar esta casilla significa que no se enviarán registros físicos, a menos que se indique lo contrario).

REGISTROS CONFIDENCIALES: Autorizo la divulgación de la siguiente información que contienen los registros de Valley Medical Center y Clínicas (VMCC) (marque todas las opciones que correspondan):

☐ Resultados de pruebas, diagnósticos o registros de tratamiento relacionados con el VIH/SIDA y las ETS (RCW 70.02.220)
☐ Registros de salud mental (RCW 70.02.230 o 240)
☐ Registros sobre trastornos por consumo de sustancias (42 CFR Parte 2)

6. Formato de los registros: Si solo autoriza la comunicación verbal, omita este punto.

NOTA: Las imágenes radiológicas se entregan en CD y requieren un visor DICOM.

☐ CD/DVD (requiere un visor de PDF)
 ☐ Papel
 ☐ MyChart
 ☐ Unidad USB/memoria USB
 ☐ Correo electrónico (consulte la página 3)

7. Esta autorización es válida hasta el _____ (fecha) O hasta que se produzca la siguiente situación: _____

(Si no se proporciona una fecha o una situación, la autorización será válida durante tres años a partir de la fecha de la firma. Las autorizaciones para divulgar su información a un empleador o una institución financiera solo pueden tener una vigencia de un año).

Al firmar la página anterior, confirmo que he leído y acepto los términos establecidos en ambos lados de este formulario.

Firma (paciente o persona autorizada para otorgar esta autorización)	Fecha
Si la firma corresponde a una persona distinta del paciente, indique su nombre en letra de imprenta, motivo, relación con el paciente y descripción de su autoridad legal.	



Autorización del paciente para divulgar, revelar u obtener información de salud protegida

Menores de edad: Se requiere la firma del paciente menor de edad para divulgar la siguiente información: (1) afecciones relacionadas con la atención de la salud reproductiva del menor; (2) enfermedades de transmisión sexual (si tiene 14 años o más); y (3) trastornos por consumo de alcohol y/o drogas y afecciones de salud mental (si tiene 13 años o más)

Derechos del paciente: Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya actuado en función de ella, enviando una solicitud por escrito a Valley Medical Center & Clinics, 400 S. 43rd Street, Renton, WA 98055. Entiendo que, una vez que la información de salud que he autorizado a divulgar llegue al destinatario indicado, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad y que pueda volver a divulgarse.

Entiendo que tengo los siguientes derechos:

- Inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud protegida.
- Recibir una copia de este formulario firmado.
- Negarme a firmar este formulario para autorizar la divulgación de mi información de salud protegida.

Asimismo, entiendo que Valley Medical Center y Clínicas (VMCC) no basará las decisiones de tratamiento o pago en la recepción de esta autorización firmada, excepto en los siguientes casos: (1) VMCC puede condicionar el tratamiento relacionado con una investigación a que yo firme o proporcione una autorización para el uso o divulgación de mi información para dicha investigación, o (2) VMCC puede condicionar la prestación de servicios de atención médica cuyo único propósito sea crear información de salud protegida para su divulgación a un tercero, a que yo firme o proporcione una autorización para la divulgación de dicha información a ese tercero. Un ejemplo de esto es cuando un empleador ajeno a VMCC contrata a Valley Medical Center y Clínicas (VMCC) para realizar pruebas de detección de tuberculosis (TB) como parte de la evaluación de salud de sus empleados.

Puede enviarnos este formulario de autorización por correo postal, correo electrónico o fax.

Valley Medical Center & Clinics

Correo: Release of Information

400 S 43rd Street

P.O. Box 50010

Renton, WA 98058

Fax: (425) 690-9407

Teléfono: (425) 690-3406

Correo electrónico: RecordsRequest@valleymed.org

Instrucciones para completar

Autorización del paciente para divulgar, revelar u obtener información de salud protegida

Punto n.º 1 (Información del paciente): Escriba el nombre, el/los nombre(s) anterior(es) y alias (si corresponde), la dirección completa, la fecha de nacimiento, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico del paciente.

Punto n.º 2 (Motivo): Indique todos y cada uno de los motivos de la divulgación.

Punto n.º 3 (Centros que divulgarán los registros): Identifique los centros que poseen los registros médicos que se divulgarán.

Punto n.º 4 (Destinatario de los registros): Identifique la(s) persona(s) específica(s) o la(s) categoría(s) de personas que recibirán la información.

Punto n.º 5 (Registros que se divulgarán): Nota: Todas las opciones pueden incluir la comunicación verbal acerca de los registros divulgados. Seleccione qué información autoriza divulgar.

- Seleccione "Los 2 años más recientes" o especifique el período de los registros que se divulgarán. Si no selecciona ninguna opción, se divulgarán los registros de los 2 años más recientes.
- La opción "COMUNICACIÓN VERBAL" puede utilizarse para autorizar conversaciones con la(s) persona(s) designada(s) en el punto n.º 4.
- Si no se selecciona ninguna opción en el recuadro "REGISTROS CONFIDENCIALES", esos registros **no** se divulgarán.

Punto n.º 6 (Formato de los registros): Indique el/los formato(s) deseado(s). Si selecciona correo electrónico, el paciente entiende y acepta los posibles riesgos de la comunicación por correo electrónico. Los correos electrónicos están sujetos a restricciones de tamaño de archivo.

Punto n.º 7 (Vencimiento): Si especifica una situación, esta debe estar relacionada con el paciente (por ejemplo, la finalización del tratamiento del paciente o su fallecimiento) o con el motivo de la autorización (por ejemplo, si la autorización es para determinar una discapacidad, la autorización podría finalizar cuando dicha determinación se haya completado). Es preferible indicar una fecha específica.

Integridad de los registros: El destinatario recibirá una copia de los registros solicitados vigentes a la fecha de su autorización. Estos registros se generarán a partir del expediente médico legal, que en algunos casos consiste en un expediente híbrido que puede incluir documentos en papel e información médica de varios sistemas electrónicos de historias clínicas. Dado que la información médica electrónica es creada y generada en tiempo real por múltiples usuarios, hacemos nuestro mayor esfuerzo para garantizar que los registros entregados incluyan toda la documentación ingresada por los profesionales clínicos que participaron en la atención del paciente. Si considera que no recibió toda la información solicitada, comuníquese con el Departamento de Gestión de Información de Salud.

Firmas: Por lo general, un paciente de 18 años o más tiene autoridad legal para firmar este formulario. En el caso de los pacientes menores de 18 años, en general, el padre, la madre o el tutor legal del paciente deben firmar en su nombre. No obstante, la legislación del estado de Washington establece excepciones a estas reglas generales. Por ejemplo, el paciente puede firmar este formulario independientemente de su edad para divulgaciones relacionadas con su salud reproductiva; los pacientes de 14 años o más pueden autorizar la divulgación de los resultados de pruebas de VIH; y los pacientes de 13 años o más pueden autorizar la divulgación de tratamientos de salud mental ambulatorios.

En el caso de los pacientes fallecidos, este formulario puede ser firmado por el cónyuge sobreviviente del paciente o por su representante personal (por ejemplo, el administrador o albacea de la sucesión).

Toda persona que firme para autorizar el uso o la divulgación de información médica en nombre de un paciente debe indicar su relación con el paciente y es posible que deba presentar documentación que acredite su autoridad legal para autorizar el uso o la divulgación de la información médica.

NOTA: Los registros médicos recientes están disponibles a través de MyChart para descargarlos de inmediato sin necesidad de completar este formulario. Visite <https://valleymed.org/mychart> para obtener información e instrucciones. Para solicitar registros que no estén disponibles a través de MyChart, puede completar un formulario electrónico dentro de MyChart como alternativa a este formulario en papel.