



**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR, DIVULGAR Y PUBLICAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)**

Entiendo lo siguiente: I understand the following:

- **Tengo el derecho de negarme a firmar este formulario de autorización para divulgar o publicar mi información de salud protegida. Si me niego a firmar la autorización, esto no afectará de manera negativa mi posibilidad de recibir servicios de atención a la salud o reembolso por los servicios. La única circunstancia en la que la negativa a firmar esta autorización podría afectar mi capacidad para recibir servicios de atención a la salud es si los servicios de atención a la salud están relacionados con una investigación o tienen el único propósito de proporcionar información de salud a otra persona, y se necesita la autorización para realizar dicha divulgación.**

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- **Es posible que exista un cargo asociado con esta solicitud.** There may be a fee associated with this request.
- **La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una divulgación posterior y ya no estaría protegida por las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes estatales o federales pueden limitar la divulgación posterior de la información de VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos e información sobre el diagnóstico, el tratamiento o las referencias por consumo de drogas/alcohol.**

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- **Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización firmada.**
- **Podré revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información descrita a continuación ya no se podrá utilizar ni divulgar con los fines descritos en la autorización escrita. La única excepción se aplicará cuando Swedish haya tomado medidas basándose en la autorización o si la autorización fue obtenida como condición de la cobertura de seguro.**

I have the right to receive a copy of this signed authorization.

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

Envíe esta autorización o revocación a uno de estos sitios, dependiendo de dónde haya recibido atención:

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

<p>Swedish Medical Center Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 Fax: (206) 320-2626 Correo electrónico:/Email: ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group Teléfono/Phone: (206) 320-3025 Fax: (478) 238-9436 Correo electrónico:/Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
--	--

Importante: Swedish ya no imprime ni divulga los números del Seguro Social de los pacientes, a menos que sea necesario para la facturación. Sin embargo, los números del Seguro Social podrían estar incluidos en la información de los pacientes que haya sido creada en años anteriores. La información que usted autoriza divulgar podría incluir su número de Seguro Social.

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR, DIVULGAR Y PUBLICAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

Por el presente documento, la institución, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad u obligación legal por divulgar la información expuesta anteriormente en la medida en que haya sido indicada y autorizada en este documento.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Swedish Health Services y sus filiales no discriminan en sus programas y actividades de salud con base en raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al (888) 311-9127 (TTY: 711). ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

Autorizo a Swedish a utilizar y divulgar una copia de la información de salud específica descrita a continuación con relación a:

I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

Nombre del paciente/Patient's Name: Fec. Nac./DOB:

Dirección del paciente/Patient's Address: Teléfono/Phone:

Ciudad/City: Estado/State: Código postal/Zip Code:

Para divulgarse a: Yo mismo O bien, nombre del destinatario:
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

Dirección del destinatario:
Recipient's Address:

Ciudad/City: Estado/State: Código postal/Zip Code:

Teléfono/Phone: Fax: Correo electrónico:/Email:

Envíe mis historiales a través de: MyChart Correo electrónico En disco En papel Fax
Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

Solicito información de lo(s) siguiente(s) establecimiento(s): I am requesting information from the following facility(s):

Table with 2 columns: Nombre del hospital (lista) y número de teléfono, Nombre de la clínica (lista) y número de teléfono

Para el rango de fechas desde: hasta:
For the range of dates from: to:

En el caso de la información relacionada con el siguiente diagnóstico o lesión:
For information related to the following diagnosis or injury:

Información que se divulgará/Information to be disclosed:

- Antecedentes y examen físico/History & Physical
Informe quirúrgico/Operative Report
Informes de diagnóstico (análisis de laboratorio, radiografías, EKG, etc.)
Resumen del alta/Discharge Summary
Informe del Departamento de Emergencias
Notas sobre el progreso/Progress Notes



**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR, DIVULGAR Y PUBLICAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)**

Otro(especifique)/Other (specify): _____

Con el fin de: _____

For the purpose of:

A menos que se revoque, esta autorización se vence en 180 días o en esta fecha: _____

Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

Condiciones: Esta autorización, a menos que contenga limitaciones explícitas escritas por mí, abarcará todos los aspectos de las pruebas o el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, infección por VIH, abuso de drogas y alcohol, afecciones de salud mental u otra información confidencial.

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

Firma del paciente: _____ **Fecha/Date:** _____

Patient Signature:

(Imprima el formulario y fírmelo a mano)

(Print form and sign by hand)

Nombre del representante del paciente: _____ **Fecha/Date:** _____

Patient Representative Name:

Nombre del representante del paciente: _____

Patient Representative Signature:

(Imprima el formulario y fírmelo a mano. Incluya documentación de respaldo)

(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

aRelación con el paciente: _____

Relation to Patient:



1ROI