AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACÓN MÉDICA

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION-SPANISH

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION-SPANISH

SWEDISH

Centro Médico Swedish (hospital) ☐
Grupo Médico Swedish (clínica) ☐
Instituto de Cáncer del Swedish ☐
Swedish/Edmonds ☐

Por medio de la presente autorizo a divulgar información de mi expediente médico:/*I hearby authorize the disclosure of information from my health record:*

_____
Nombre del Paciente (o Alias) /Patient name (or Alias)

_____ ( ) _____
Fecha de Nacimiento/Date of Birth Teléfono/Phone

_____
Dirección/Address

_____
Ciudad, Estado, Código Postal/ City, State, Zip

Ud. puede obtener información médica DE:
You may obtain healthcare information FROM:

_____
Clínica/Hospital Nombre del Proveedor/Provider Name

_____
Dirección/Address

_____
Ciudad, Estado, Código Postal/City, State, Zip

( ) _____ ( ) _____
Fax Teléfono/Telephone

Ud. Puede enviar información médica A:
You may send healthcare information TO:

_____
Nombre (por ejem.: A mí mismo, Abogado, Proveedor)/Name (i.e. Self, Attorney, Provider)

_____
Dirección/Address

_____
Ciudad, Estado, Código Postal/City, State, Zip

( ) _____ ( ) _____
Fax Teléfono/Phone

Si está solicitando registros de nacimiento, incluya el nombre con el que la madre se registró para el parto:_____
If requesting birth records, include mother's name at time of patient's birth:

Tipo de información solicitada (marque todas las que solicita):/ **Type of Information requested** (check all that apply):

☐ Informe de Sala de Emergencias Emergency Report ☐ Medicamentos Medication ☐ Verbal Verbal ☐ Otras Imágenes (IRM, Eco, Nuclear) Other imaging (MRI, Echo, Nuclear)
☐ Informe Quirúrgico Operative Report ☐ Historia y Examen Físico History & Physical ☐ Resumen de Alta Hospitalaria Discharge Summary ☐ Notas del Progreso del Paciente Progress (Chart) Notes
☐ Lab ☐ ECG ☐ Rayos-X/X Ray ☐ Consultas/Consultation ☐ Otra/Other_____

Si la sección anterior no se ha completado, las respuestas a las solicitudes de información contendrán un resumen de los dos (2) años más recientes a partir de la última fecha de servicios. Esto incluirá: Historia y Exámenes Físicos, Resumen de Alta Hospitalaria, Informes Quirúrgicos/Procedimientos, Informes de Sala de Emergencias y resultado de exámenes médicos./If above section is not completed, responses to record requestw Will contain a record abstract of the two (2) most recent years from the last date of service. This Will include: History and Physical, Discharge Summary, Operative/Procedure Reports, Emergency Room Report and test results.

Fechas Específicas de Tratamientos:_____
Specific Dates of Treatment

Propósito para el cual la información se divulga (marcar una):/Purpose for which information is being released (check one):

☐ Mi médico/Continuación de cuidado My doctor/Continuation of care ☐ Para mí mismo Myself ☐ Reclamación de seguro Insurance claim ☐ Legal Legal ☐ Otra (especificar) Other (specify) _____

Entiendo que: / I understand that:

- ✓ Esta autorización, a menos que contenga limitaciones expresas escritas por mí, **abarcará todos los aspectos del tratamiento incluyendo las pruebas o el tratamiento para las enfermedades venéreas, SIDA o infecciones del VIH, el abuso de drogas o alcohol, así como las condiciones de salud mental. /***This authorization, unless expressly limited by me in writing,* ***Will extrend to all aspects of treatment, including Testing and/or treatment for sexually transmitted diseases, AIDs, or HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, and mental health conditions.***
- ✓ Esta autorización puede revocarse por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que tal acción haya sido emprendida en relación con esta autorización. / *This authorization may be revoked in writing at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization.*
- ✓ No tengo la obligación de firmar esta autorización a fin de recibir tratamiento en el Centro Médico Swedish, salvo en circunstancias limitadas como en aquellos tratamientos relacionados a una investigación o en tratamientos en el que su único propósito es el de revelar información médica a terceras partes. / *I am not required to sign this authorization in order to receive treatment at Swedish, except in limited circumstances, such as research-related treatment or treatment that is solely for the purpose of disclosing health information to a third party.*

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACÓN MÉDICA

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION-SPANISH

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION-SPANISH

- ✓ Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y tal acción pudiera no estar protegida por las leyes federales y estatales respecto a la confidencialidad. / *Any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and may not be protected by federal or state confidentiality laws.*

Por medio de este documento, las instalaciones, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad u obligación legal por divulgar la información expuesta anteriormente en la medida 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.*

Fecha de vencimiento o evento:/ Expiration Date or Event: _____ *

*La autorización para revelar información médica a una institución financiera o al empleador del paciente para otros propósitos aparte del pago por servicios de atención médica vence 90 días después de la fecha en que se firmó este documento. */*Authorization for disclosure to a financial institution or employer of the patient for purposes other than payment for healthcare services expires (90) ninety days from the date signed, unless otherwise specified.*

_____ _____

Firma del Paciente / *Patient Signature* **Fechab/ *Date***

_____ _____ _____

o del Representante Legal /*or Legal Respresentative* **Relación o Parentesco/*Relationship*** **Fecha / *Date***