



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

Entiendo lo siguiente:

- Tengo el derecho de negarme a firmar este formulario de autorización para divulgar o publicar mi información protegida sobre la salud. 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 si tienen el único propósito de proporcionar información de salud a otra persona y es necesaria la autorización para realizar dicha divulgación.
- Puede que haya un cobro asociado con esta solicitud.
- 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 sobre VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos y diagnósticos, tratamiento o referencia en relación con el consumo de drogas/alcohol.
- Tengo derecho a 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.

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

Swedish Medical Center
Release of Information Department
747 Broadway
Seattle, WA 98122
Fax: 206-320-2626

Swedish Medical Group
Centralized Services Department
800 5th Ave, Suite 800
Seattle, WA 98104
Fax: 425-454-2935

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.

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.

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.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).



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

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

Nombre del paciente: _____ Fec. Nac.: _____

Dirección del paciente: _____ Teléfono: _____

Para divulgarse a: (Nombre del (los) destinatario(s)): _____

Dirección del destinatario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Solicito información de la(s) siguiente(s) institución(es):

Nombre del hospital (lista) y número de teléfono	Nombre de la clínica (lista) y número de teléfono

Para las fechas entre el: _____ y el: _____

En el caso de la información relacionada con el siguiente diagnóstico o lesión: _____

Información que se divulgará:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Resumen del alta |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | <input type="checkbox"/> Informe del Departamento de Emergencias |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio (análisis, radiografías, ECG, etc.) | <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ | |

Con el fin de: _____

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

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.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Representante del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Representante del paciente

Firma: _____ Relación con el paciente: _____