

AUTORIZA AL SIGUIENTE CENTRO O PERSONA A DIVULGAR INFORMACIÓN A NUESTRA OFICINA

Nombre del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre anterior: _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo a: Centro/clínica: _____ Proveedor/persona física: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Para que divulgue información sobre la atención médica a:

Bellingham Bay Family Medicine
722 N State St
Bellingham, WA 98225
† 360-752-2865 f 360-647-8093

Ferndale Family Medical Center
5580 Nordic Way
Ferndale, WA 98248
† 360-384-1511 f 360-384-5758

North Sound Family Medicine
2075 Barkley Blvd Ste 105
Bellingham, WA 98226
† 360-671-3345 f 360-650-1354

Birch Bay Family Medicine
8097 Harborview Rd
Blaine, WA 98230
† 360-371-5855 f 360-371-5857

Island Family Physicians
2511 M Ave Ste A
Anacortes, WA 98221
† 360-293-9813 f 360-299-8605

Sports Medicine
3130 Squalicum Pkwy
Bellingham, WA 98226
† 360-756-0382 f 360-756-5184

Chuckanut Family Medicine
1310 10th St Ste 104
Bellingham, WA 98225
† 360-594-0592 f 360-526-2165

Lynden Family Medicine
1610 Grover St Ste D-1
Lynden, WA 98264
† 360-354-1333 f 360-354-5399

Squalicum Family Medicine
3015 Squalicum Pkwy Ste 120
Bellingham, WA 98225
† 360-676-9336 f 360-676-2567

Family Health Associates
3500 Orchard Pl
Bellingham, WA 98225
† 360-671-3900 f 360-647-0882

North Cascade Family Physicians
2116 E Section St
Mt Vernon, WA 98274
† 360-428-1700 f 360-848-4350

Whatcom Family Medicine
3015 Squalicum Pkwy Ste 160
Bellingham, WA 98225
† 360-671-4402 f 360-671-9463

Puede usar o divulgar la siguiente información de atención médica (marque todas las opciones que correspondan):

- Información de atención médica que aparece en mi expediente (consultar la siguiente sección sobre divulgación de información protegida)
- Información de atención médica en mi expediente relacionada únicamente con el siguiente tratamiento o enfermedad:
 - Informe(s) de laboratorio del año pasado
 - Informe reciente de la prueba DEXA
 - Inmunizaciones
 - Informe reciente del Papanicolaou
 - Informe de prueba reciente de detección de cáncer de colon
 - Lista de problemas
 - Informe reciente de mamografía
 - Lista de medicamentos
 - Otra: _____

Información de atención médica en mi expediente correspondiente únicamente a la(s) fecha(s) de: _____

Laboratorio, radiografías, exploraciones por imágenes: _____ Facturación/Pago: _____

Puede usar o divulgar información relacionada con pruebas, diagnósticos y tratamientos para (marque todas las opciones que correspondan):

- VIH (virus del SIDA)
- Enfermedades de transmisión sexual
- Salud o enfermedad mental
- Uso de drogas o alcohol
- Atención a la salud reproductiva (al marcar esta opción es necesario revelar información si la paciente es menor de 18 años (según la ley del estado de Washington)).

Nombre del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Menores de edad: se necesita la firma del/la paciente menor de edad con el fin de divulgar información sobre la atención a la salud reproductiva (a cualquier edad), enfermedades de transmisión sexual (mayores de 14 años), VIH/SIDA (mayores de 14 años), abuso de drogas o alcohol (mayores de 13 años) y salud o enfermedad mental (mayores de 13 años).

AUTORIZACIÓN

Razón(es) para otorgar esta autorización (marque todas las opciones que correspondan):

- A petición mía
- Transferencia de la atención
- Otra(s) (especifique): _____
- Para propósitos de mercadotecnia

La vigencia de la autorización termina:

- En una fecha específica: _____
- Cuando ocurre alguno de los siguientes eventos: _____
- 90 días a partir de la firma
- Cuando cancele esta autorización

Mis derechos

- A. Comprendo que no es necesario que firme esta autorización para tener acceso a los beneficios de atención médica (tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios). Sin embargo, debo firmar el formulario de autorización para:
- recibir tratamiento relacionado con la investigación respecto a los estudios de investigación.
 - recibir atención médica cuando el objetivo es originar información sobre la atención médica para un tercero.
- B. Puedo cancelar la autorización por escrito en cualquier momento. El proceso de cancelación no afectará ninguna de las acciones llevadas a cabo por Family Care Network con respecto a esta autorización sin haber recibido mi cancelación por escrito. No podré llevar a cabo la cancelación de esta autorización si el objetivo es obtener un seguro de gastos médicos. Para realizar la cancelación es necesario:
- llenar el recuadro al final del formulario
 - redactar una carta dirigida a Family Care Network

Protección después de la divulgación de información

La información utilizada o revelada con base en esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada de nueva cuenta por el destinatario y no estar protegida por la ley federal.

Firma del/la paciente o del/la representante legal

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde (si se firmó en su representación)

Relación (padre, madre, tutor(a) legal, representante personal)

Firma del/la paciente menor de edad, si corresponde

Fecha

Hora

CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN

Firma del/la paciente: _____

Fecha: _____