

**AUTORIZA A FCN A DIVULGAR INFORMACIÓN AL SIGUIENTE CENTRO O PERSONA**

Nombre del/la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre anterior: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

**Autorizo a:** **Family Care Network** *(incluyendo todas las clínicas, oficinas y servicios adicionales)*  
**709 W. Orchard Drive, Suite 4**  
**Bellingham, WA 98225**

**Para que divulgue información sobre la atención médica a:**

Centro/clínica: \_\_\_\_\_

Proveedor/persona física: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_
- 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 **(únicamente para menores de 18 años)**

**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)*.

