

| | | | |
|--|---|---------------------|---|
| 1 | Apellido del Paciente | Nombre del Paciente | Fecha de Nacimiento |
| 2 | <input type="checkbox"/> Favor de divulgar información o enviar los registros DE WSMC* <input type="checkbox"/> Favor de facilitar los registros A WSMC (A la Persona o al Centro que se indica a continuación) (De la Persona o el Centro que se indica a continuación) * Transferir su atención primaria fuera de WSMC podría atrasar su cita para recibir atención médica de especialidad. | | |
| 3 | Nombre Completo de la Institución, el Proveedor o el Individuo (o la Misma Persona) | | |
| | Dirección | | Ciudad |
| | Estado | Código postal | Telefónico # con el código del área Fax con el código del área |
| | Transmitir: <input type="checkbox"/> Verbalmente <input type="checkbox"/> Electrónico: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo postal de EE. <input type="checkbox"/> UU.: <input type="checkbox"/> CD/Film <input type="checkbox"/> USB/Film <input type="checkbox"/> Papel/Película | | |
| 4 | ESCOJA SOLAMENTE UNA (1) OPCIÓN Por Divulgación <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Prueba y Tratamiento de VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Tratamiento por Abuso de Alcohol/Sustancias/Drogas <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Salud del Comportamiento <input type="checkbox"/> Apuntes de Psicoterapia <input type="checkbox"/> Otro | | |
| 5 | Plazo: <input type="checkbox"/> Última Consulta <input type="checkbox"/> Año Anterior <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Otro: | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> Todos los registros <input type="checkbox"/> Solamente estos: | | |
| 7 | Motivo de la divulgación: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Cambio de proveedor de Atención <input type="checkbox"/> Otro: | | |
| Autorización | Al firmar este documento, autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud, y entiendo que: <ul style="list-style-type: none"> • Puedo revocar esta autorización en cualquier momento dirigiéndome por escrito a WSMC. • Esta autorización es válida por un plazo máximo de 1 año o hasta la siguiente fecha, que debe ser anterior: ____ / ____ / ____. • Quien reciba su información de salud no puede divulgarla sin obtener otra autorización de su parte. • Toda la información de salud relacionada con el Abuso del Alcohol o de otras Sustancias está protegida y solamente puede divulgarse si existe un consentimiento expreso y escrito por separado de la persona a la que pertenece. • Mi tratamiento o mi condición de elegibilidad para recibir atención no se fundamenta en esta autorización. • Esta autorización es voluntaria y una fotocopia o fax de la autorización tiene la misma validez que el documento original. • Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. | | |
| PARA QUE LA AUTORIZACIÓN SEA VÁLIDA, LAS SECCIONES 1 A LA 7 DEBEN ESTAR LLENAS | | | |
| Firma _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Tel.: (____) _____ - _____ | | | |
| Si no es el paciente: <input type="checkbox"/> Representante del Paciente (Relación _____) | | | |

ESCRIBA DE MANERA CLARA, DE LO CONTARIO NO PODREMOS PROCESAR ESTA SOLICITUD.

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.