

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