

1	Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
2	☐ Favor de divulgar información o enviar los registros DE WSMC* ☐ 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: Verbalmente ☐ Electrónico: ☐ Fax ☐ Correo postal de EE. ☐ UU.: ☐ CD/Film ☐ Papel/Película		
4	ESCOJA SOLAMENTE UNA (1) OPCIÓN Por Divulgación ☐ Médico ☐ Prueba y Tratamiento de VIH/SIDA ☐ Tratamiento por Abuso de Alcohol/Sustancias/Drogas ☐ Dental ☐ Salud del Comportamiento ☐ Apuntes de Psicoterapia ☐ Otro		
5	Plazo: ☐ Última Consulta ☐ Año Anterior ☐ Todos ☐ Otro:		
6	☐ Todos los registros ☐ Solamente estos:		
7	Motivo de la divulgación: ☐ Personal ☐ Cambio de proveedor de Atención ☐ Otro:		
Autorización	Al firmar este documento, autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud, y entiendo que: - 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: ☐ Representante del Paciente Nombre y 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.