



3614 Meridian Street Ste. 100, Bellingham WA 98225
I Teléfono: (360) 734-2800 I Fax: (360) 734-3818 I www.northwestpathology.com I

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS CONFIDENCIALES

A. Información del paciente

Nombre del paciente:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Dirección:	_____	Ciudad/Estado/ Código postal:	_____
Teléfono:	_____	Correo electrónico:	_____
Nombre anterior:	_____	No. de seguro social: (solo los últimos 4 dígitos)	_____

B. Representante autorizado

Nombre del representante:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Dirección:	_____	Ciudad/Estado/ Código postal:	_____
Teléfono:	_____	Correo electrónico:	_____

Por medio de la presente solicito que Northwest Pathology PS, divulgue información sobre la atención médica que recibe el paciente antes mencionado, a:

Yo mismo (soy el paciente o representante autorizado mencionado anteriormente)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Esta solicitud y autorización para divulgar información corresponde a:

Información sobre atención médica con relación al siguiente tratamiento, condición o fechas:

Toda la información sobre atención médica

Otro: _____

Definición: La definición jurídica de enfermedades de transmisión sexual (ETS) del Código Revisado de Washington (RCW, por sus siglas en inglés), Capítulo 70.24 y subsecuentes, indica que entre dichas enfermedades se encuentran el herpes, el herpes simple, el virus del papiloma humano, las verrugas, las verrugas genitales, los condilomas, la clamidia, la uretritis no específica, la sífilis, las pruebas positivas del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL, por sus siglas en inglés), el cancroide, el linfogranuloma venéreo, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la gonorrea.

Nota: Se requiere la firma de un paciente menor de edad para divulgar la información relacionada con la atención médica en caso de enfermedades relacionadas con la reproducción, enfermedades de transmisión sexual (para pacientes de 14 años en adelante), el VIH (virus del SIDA) (para pacientes de 14 años en adelante), el abuso de drogas o de alcohol (para pacientes de 13 años en adelante) y la salud mental o las enfermedades mentales (para pacientes de 13 años en adelante).

Sí No Autorizo que se divulguen mis resultados de ETS, pruebas de VIH/SIDA, ya sean positivos o negativos, a las personas que se mencionaron anteriormente. Entiendo que estas personas sabrán que yo debo otorgar un permiso por escrito antes de que los resultados de estas pruebas se divulguen a cualquier individuo.

Sí No Autorizo que se divulgue cualquier registro relacionado con el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, o de salud mental a las personas mencionadas anteriormente.

Mis derechos:

- 1) Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir los beneficios de la atención médica (así como, tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios). Sin embargo, sé que debo firmar un formulario de autorización para lo siguiente:
 - recibir tratamiento relacionado con estudios de investigación, o
 - recibir atención médica cuando el propósito sea crear información de atención médica para un tercero.
- 2) Sé que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, y de hacerlo, no se verá afectada ninguna acción que Northwest Pathology haya tomado con base en la presente autorización antes de que yo mismo la haya revocado. Es posible que no pueda cancelar esta autorización si el propósito es obtener un seguro. Esta autorización puede revocarse mediante:
 - un formulario de revocación (disponible en Northwest Pathology) o
 - una carta dirigida a Northwest Pathology

Protección posterior a la divulgación: Entiendo que una vez que se haya divulgado la información sobre la atención médica que recibo, la persona o la organización que la reciba podrá volver a divulgarla, y que las leyes de privacidad ya no la protegerán.

En cualquier momento tengo todo el derecho de revocar esta autorización, excepto si alguna acción se ha llevado a cabo al amparo de la misma; y asimismo confirmo que este documento estará vigente por un periodo de un año a partir de la fecha en que se firmó, a menos que se revoque antes.

Firma del paciente

Fecha de la firma

Firma del representante legal

Fecha de la firma

Relación con el representante

Testigo

Identificación

Se anexa carta poder del representante legal

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA EN LA QUE SE FIRMÓ.
**** DEBE anexarse una copia de la licencia para conducir o bien una identificación válida con fotografía del paciente. ****