

**Autorización para el uso y la liberación de información servicios de salud protegida
 (Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information)**

Nombre del paciente (Patient Name): _____ **Fecha de nacimiento (DOB):** _____

Autorización de liberación de (Authorization of release from): _____

Dirección (Address): _____ **Teléfono(Phone):** _____ **Fax:** _____

Envíe la autorización de liberación a (Mail Authorization of Release To):

Valley View Health Center
 2690 NE Kresky Ave Phone: 360-330-9595
 Chehalis, WA 98532 Fax: 360-330-9530

Por favor, revise (Please Check) (la ubicación de Valley View con la que planea establecerse):

- | | | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chehalis | <input type="checkbox"/> Centralia | <input type="checkbox"/> Winlock | <input type="checkbox"/> Olympia | <input type="checkbox"/> Onalaska |
| <input type="checkbox"/> Pe Ell | <input type="checkbox"/> Raymond | <input type="checkbox"/> Tenino | <input type="checkbox"/> Toledo | <input type="checkbox"/> Morton |
| <input type="checkbox"/> Children's Dental | <input type="checkbox"/> Centralia Walk-In | | | |

Autorización del paciente (Patient Authorization):

Puede utilizar o liberar la siguiente información de atención médica (marque todas las que correspondan)

(You may use or disclose of the following healthcare information (check all that apply)):

- Los últimos 2 años de los registros médicos (Last 2 years of Medical Records)
- Mis datos de atención médica para la(s) fecha(s) (My healthcare information for the date(s)): _____
- Otros (Other): TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS (ALL MEDICAL RECORDS)

Por favor, inicial (Please Initial):

- ___ VIH (virus del SIDA) (HIV (AIDS virus))
- ___ Psiquiatría trastornos/salud mental (Psychiatric disorders/mental health)
- ___ Enfermedades de transmisión sexual (Sexually transmitted diseases)
- ___ Consumo de drogas y/o alcohol (Drug and/or alcohol use)

Finalidad por la que se realiza la liberación (marque una de las siguientes opciones)

(Purpose for which disclosure is being made (check one of the following):

- Doctor Traslado de la atención (Transferring Care) Personal Abogado (Attorney) Seguro (Insurance)

Mis derechos (My Rights): Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización:

- Para participar en un estudio de investigación; o
- Para recibir atención médica cuando la finalidad es crear información de atención médica para un tercero.

Puedo revocar esta autorización por escrito. Para ver el proceso de revocación de esta autorización, lea el aviso de privacidad para pacientes publicado en el centro en el que se está liberando su información. Entiendo que una vez que la información de atención médica que he autorizado a que se libere llegue al destinatario indicado, esa persona u organización podría volver a liberarla, momento en el cual yo podría dejar de estar protegido en el marco de las Leyes de Privacidad.

FIRMA (SIGNATURE): _____ **FECHA (DATE):** _____

NOMBRE IMPRESO (PRINTED NAME): _____

Por favor, marque la relación con el paciente (Please Check Relationship to Patient):

- Padre o madre (Parent) Uno mismo (Self) Tutor legal (Legal Guardian) Otro (Other): _____
- Poder notarial para la atención médica (Power of Attorney for health care)

Si es el tutor legal o tiene un poder para atención médica adjunte el documento legal (Attach legal documentation if you are the legal guardian or Power of Attorney for Health Care).

Esta autorización perderá su validez a los 90 días de la fecha de su firma (This authorization will expire 90 days from the date signed)