



Formulario de Divulgación de Historias Clínicas

Tri-Cities Community Health • Attn: Health Records
800 West Court Street, Pasco, WA 99301 • Teléfono: 509.547.2204 • Fax: 509.XXX.XXX

Autorización para que TCCH intercambie información de salud protegida (*Obligatorio)

*Nombre del paciente: _____ *Fecha de nacimiento: _____
Nombre anterior: _____ *Teléfono diurno: _____
Dirección: : _____

Yo, el cliente mencionado anteriormente, autorizo por la presente a Tri-Cities Community Health (TCCH) a intercambiar la información de salud designada a continuación con la persona u organización nombrada a continuación.

Autorizo a TCCH a:	Divulgar a	Obtener de (elija uno)	Correo electrónico	Fax	Correo
Nombre:	_____	_____	Correo electrónico:	_____	_____
Dirección:	_____	_____	Fax:	_____	_____
Ciudad:	_____	_____	Teléfono:	_____	_____
Estado:	_____	Código postal:	_____	_____	_____

*Puede usar o divulgar la siguiente información de atención médica (marque todas las opciones que correspondan):

- Solo verbal Solo registros Verbal y registros Solo información de la consulta

Tipos de información para divulgar:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Informes de | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Notas de la historia clínica | <input type="checkbox"/> imágenes/diagnóstico | <input type="checkbox"/> Registros de OB |
| <input type="checkbox"/> Dental: <input type="checkbox"/> Registros | Vacunas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiografías | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio y patología | |

- Toda la información de atención médica (excluida la información confidencial que se menciona a continuación) de los últimos 2 años, a menos que se especifique.

Entiendo que mi información de salud protegida puede contener información sobre diagnóstico/tratamiento relacionado con afecciones psiquiátricas, psicológicas o mentales, drogadicción o alcoholismo, infecciones de transmisión sexual (ITS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o estado de VIH y pruebas genéticas.

Doy mi consentimiento para que se divulgue la siguiente información: (marque todas y cada una de las que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consumo de drogas o | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico/salud mental |
| <input type="checkbox"/> alcohol VIH (virus del SIDA) | Infecciones de transmisión sexual |
| | <input type="checkbox"/> |

*Motivo de la autorización: A petición de la persona; Otro _____

*Vencimiento: Fecha: ____ / ____ / ____ Evento (divulgación única): _____

Si no se especifica la fecha, esta solicitud caducará en 90 días a partir de la fecha de firma.

Si la divulgación es para el EMPLEADOR o la INSTITUCIÓN FINANCIERA del paciente por razones distintas al pago, esta autorización tendrá una validez de solo 90 días. El paciente puede revocar esta autorización en cualquier momento antes del vencimiento notificando a TCCH por escrito, excepto (i) en la medida en que se hayan realizado acciones en función de esta autorización, o (ii) si el propósito de la divulgación de información sobre trastornos por consumo de sustancias (TCS) es para el pago, el tratamiento o las operaciones de atención médica.

La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley federal. Las leyes estatales y federales exigen específicamente que cualquier historia clínica del paciente o información personal de atención médica que contenga diagnóstico y tratamiento de consumo de drogas y alcohol, salud mental e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, sea información protegida y confidencial y solo pueda divulgarse mediante autorización expresa, excepto según lo exija la ley. Entiendo que mis registros de tratamiento por

consumo de alcohol o drogas están protegidos por la normativa federal que rige la confidencialidad y los registros de pacientes drogadictos, 42 CFR Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 CFR Partes 160 y 164, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito excepto que tales leyes aplicables dispongan lo contrario.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. TCCH no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad a la autorización de esta divulgación.

Firmas electrónicas. Este formulario de Divulgación de Historia Clínica (Acuerdo) y los documentos relacionados celebrados en relación con este Acuerdo se consideran firmados cuando la firma de una de las partes se entrega electrónicamente. El firmante está celebrando este Acuerdo electrónicamente y tiene la intención de quedar obligado por el Acuerdo y acepta que la firma electrónica se considerará como firma original que tiene el mismo efecto legal que las firmas originales en la mayor medida permitida según la ley aplicable, incluida la Ley Federal de Firmas Electrónicas en el Comercio Global y Nacional, y cualquier ley estatal similar basada en la Ley Uniforme de Transacciones Electrónicas, y las partes renuncian a cualquier objeción en contrario. El firmante reconoce que este término se incorpora al presente documento.

*Firma/Parte Legalmente Responsable

Relación con el paciente

*Fecha

La firma de un menor por sí sola es suficiente para divulgar información de atención médica relacionada con (1) enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (14+ años), (2) alcoholismo o drogadicción (13+ años), (3) información de salud mental (13+ años), (4) servicios de control de la natalidad, (5) servicios de aborto y (6) servicios de atención prenatal. La autorización para la divulgación de información sobre enfermedades de transmisión sexual, salud mental o TCS de personas de 13 años o más debe estar firmada por el cliente.

Firma del Paciente Menor de Edad

Fecha

Creado el 8/1/2023