



Columbia Basin Health Association  
 1515 E Columbia St, Othello, WA 99344  
 Teléfono: 509-488-5256  
 Fax: 509-331-1601 o 509-488-9939  
[medicalrecords@cbha.org](mailto:medicalrecords@cbha.org)

MR# \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**  
**NOTA: NO PARA REGISTROS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE ANTERIOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DE: **Por la presente autorizo que los registros se mantengan en:** PARA: **Entregar una copia de mi historial médico en mi nombre a:**

Nombre	Nombre
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
Teléfono/Fax	Teléfono/Fax

**Registros que se publicarán: (inicial a un lado de cada selección)**      **Fechas de publicación:** \_\_\_\_\_

Registros médicos    Registros de farmacia    Registros dentales    Registros de atención oftalmológica    Registros de facturación    Examen físico para niños sanos/examen físico deportivo    Registros hospitalarios    Análisis de laboratorio    ECG    Radiografías  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Motivo de la liberación:** \_\_\_\_\_

**Fecha de vencimiento (o evento)** \_\_\_\_\_

*Si no indica una fecha o evento, esta autorización caducará a los 90 días de la fecha de la firma.*

**Certificación REQUERIDA sobre registros de salud reproductiva: (Iniciar lo siguiente)**

\_\_\_\_\_ Con mis iniciales aquí y firmando a continuación, doy fe de que, si los registros solicitados incluyen información de salud reproductiva, no se utilizarán para los fines prohibidos por la Regla de Privacidad de WA RCW 7.115.020 y que el propósito de esta información de salud no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva ni identificar a ninguna persona para tales fines. Entiendo que si miento a sabiendas o represento falsamente el motivo de la divulgación, puedo estar sujeto a sanciones penales.

**Consentimientos especiales OPCIONALES:** *(Los registros relacionados con estas condiciones a continuación no pueden divulgarse sin las iniciales del paciente).*

Mis **iniciales** a continuación autorizan específicamente la divulgación de información médica relacionada con las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento de:

**Salud reproductiva (menores de cualquier edad)**    **Salud mental/psiquiátrica (menores de 13 años o más)**  
 **Enfermedades de transmisión sexual (menores de 14 años o más)**    **VIH/SIDA**

Si el paciente no puede firmar, indique dicha circunstancia y la autoridad para actuar de la persona que firma en su nombre. Este formulario puede revocarse en cualquier momento, siempre que la información no haya sido divulgada anteriormente. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener instrucciones sobre cómo revocar esta autorización. No condicionaremos el tratamiento a que se complete la autorización.

**Al firmar a continuación, libero a Columbia Basin Health Association y a su personal de toda responsabilidad legal que pueda surgir de las acciones autorizadas por la presente. Entiendo que una vez que CBHA divulgue esta información según estas instrucciones, la información puede volver a divulgarse y puede que ya no esté protegida por las normas HIPAA.**

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Representante/Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*(Encierre en un círculo uno)*

CBHA Use Only:

Request Completed by: \_\_\_\_\_ /date: \_\_\_\_\_ Mailed / Faxed / Hand carried: \_\_\_\_\_ / date: \_\_\_\_\_

No Payment required    \$5/CD # of pages: \_\_\_\_\_ (x 0.25 - 1<sup>st</sup> 100 pg/0.10 add'l pgs) = \_\_\_\_\_ + Postage: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Total

Payment/receipt received by: \_\_\_\_\_ /date: \_\_\_\_\_ Payment: \_\_\_\_\_ Cash   Check   CC