



FAMILY
HEALTH CENTERS
 YOUR FAMILY, YOUR HEALTH, YOUR CHOICE



P.O. BOX 1340 | OKANOGAN, WA 98840 WWW.MYFAMILYHEALTH.ORG

Autorización para el uso o divulgación de información Médica protegida

Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___

Por favor complete la siguiente información:

- Información pertinente de los últimos 2 años: notas de gráficos, laboratorios, radiografías y pruebas especiales
 Todos los registros médicos
 Información específica: especifique: _____

*****Los siguientes artículos deben tener sus iniciales para ser excluidos del uso y/o divulgación de otra información de salud protegida*****

- Información y/o registros relacionados con el VIH/SIDA/ETS Notas y/o registros de salud mental Uso de drogas/alcohol Pruebas genéticas

Motivo de la liberación: _ Médico _ Personal _ Abogado _ aseguranza _ Transferencia de atención

Para ser dado de alta de (nombre del proveedor o centro): _____
 Ciudad/Estado _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Y ENVIADO A (nombre del proveedor o centro): _____
 Dirección/Ciudad/Estado _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

Marque qué tipo de archivos prefiere: ___ Sin preferencia de formato ___ Papel o fax ___
 Memoria USB/CD-ROM o correo electrónico seguro (se necesita dirección de correo electrónico) _____

Fecha de vencimiento de esta solicitud: _____ Este consentimiento se puede revocar en cualquier momento mediante notificación por escrito a PO Box 1340 Okanogan, WA 98840. **Formulario vence en 90 días si la fecha se deja en blanco.**

Entiendo que los medios electrónicos y los métodos de entrega presentan ciertos riesgos para la privacidad y seguridad de mi información médica protegida que pueden estar fuera del control de Family Health Centers.

 Paciente o persona legalmente responsable Relación con el paciente Fecha
 Eff. 3/7/22