



## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

### Información del paciente:

Nombre (nombre completo en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### Formato de divulgación:

Copia en papel  Correo electrónico (seguro)  Código QR (solo imágenes)  Copia electrónica impresa (CD-ROM)

Solicitar información al proveedor indicado:  Astria Health System (para incluir los hospitales Sunnyside y Toppenish y todas las clínicas Astria)

Otro: nombre/organización: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Enviar mi información a: nombre/organización: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Finalidad de la divulgación:  Atención médica  Personal  Legal  Facturación  Seguro  
 Otro: \_\_\_\_\_

Qué información debe divulgarse: \_\_\_\_\_

### Seleccione el tipo o tipos de información que pueden divulgarse:

#### Conjuntos de registros:

Registros clínicos (incluye: visita al consultorio, laboratorio, radiología, registro de medicamentos, registro de vacunación)  
 Registros hospitalarios (incluye: historial y examen físico, resumen de alta, informe quirúrgico, consultas, emergencias, laboratorio, radiología)

#### Solo documentos específicos:

Resumen/nota de alta  Historial y examen físico  Informe quirúrgico  Informe de radiología  Imágenes de radiología (Código QR)  
 Informe de laboratorio  Informe de patología  Informe de emergencias  Registro de vacunación  Registro de medicamentos  
 Nota clínica  Nota de rehabilitación  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Fechas específicas de servicio: \_\_\_\_\_ O  Los 2 años más recientes (por defecto, si no se indican fechas)

### Información especial: Autorizo la inclusión de la siguiente información con esta divulgación (escriba sus iniciales en todas las que correspondan)

\_\_\_\_\_ Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (70.02.220 del Código Revisado de Washington [RCW, por sus siglas en inglés])  
\_\_\_\_\_ Información sobre salud psiquiátrica, mental o conductual (70.02.230 o 240 del RCW)  
\_\_\_\_\_ Información sobre trastorno por consumo de sustancias (TCS) (Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés])

**\*\*Nota: Si no se completa esta sección, los registros de este tipo (si existen) no se divulgarán.\*\***

### Expiración:

Esta autorización es válida durante 365 días a partir de la fecha en que se firma o hasta la fecha/evento que se especifica aquí:  
\_\_\_\_\_

### Firma:

Paciente/representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autoridad legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Se requiere la copia de una identificación que coincida con el paciente/representante para cualquier divulgación de registros.)

Firma del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firmar si se requiere una firma conjunta para menores. Véase la página 2 bajo "Consentimiento para menores" para aclaraciones.)

**\*\*Si la autorización es firmada por un representante personal de la persona, también deberá proporcionarse una descripción y una prueba por escrito de la autoridad de dicho representante para actuar en nombre de la persona.**

Nombre en letra de imprenta y fecha: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**\*\*Los derechos y otros avisos se indican en la página 2\*\***



## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

---

### Sus derechos y otros avisos:

- Una vez que Astria Health divulga su información de salud, el destinatario puede volver a divulgar dicha información y es posible que las leyes de privacidad ya no la protejan. Es posible que cierta información, como la relativa a trastornos por consumo de sustancias o a salud mental, pueda seguir estando protegida.
  - Puede retirar esta autorización en cualquier momento (consulte la sección Revocación abajo). Si retira su autorización, esto no modificará las acciones que ya se hayan tomado de acuerdo con dicha autorización.
  - Astria Health no le exige completar esta autorización para poder recibir atención médica o beneficios relacionados con esta. Sin embargo, debe firmar este formulario de autorización cuando la finalidad de los servicios de atención médica o de la participación en investigaciones sea crear o recibir información relacionada con la atención médica.
  - Usted comprende que esta solicitud de registros puede dar lugar a cargos.
- 

### Revocación:

Puede revocar esta autorización por escrito. Puede llamar al Departamento de Administración de la Información de Salud (HIM, por sus siglas en inglés) para obtener más información y puede obtener una copia del formulario en: <https://www.astria.health/patients-visitors/medical-records/>. La revocación entrará en vigor en el momento en que se reciba, pero no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada ni a los servicios que ya se hayan prestado en virtud de esta autorización. (70.02.040 del RCW)

---

### Consentimiento del menor:

Se requiere la firma del paciente menor de edad para divulgar información relativa a:

- Control de la natalidad y atención relacionada con el embarazo
  - Información sobre enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, si el menor tiene 14 años o más
  - Información sobre diagnóstico, tratamiento o remisión por trastornos por consumo de sustancias para menores de 13 años capaces; tanto el menor como su tutor deben dar su consentimiento
  - Información sobre salud mental ambulatoria si el menor tiene 13 años o más
- 

### Imágenes radiológicas:

- En el caso de un centro que solo solicite imágenes enviadas por PACS, póngase en contacto directamente con el Departamento de Radiología. Todo informe por escrito será elaborado por el departamento de HIM.
    - Radiología: 509-837-2760
  - En el caso de un paciente que solicite imágenes, estas serán proporcionadas en forma de código QR por CryptoChart™ por parte del Departamento de HIM. CryptoChart™ es un enlace de acceso seguro para compartir con médicos y pacientes sin inicios de sesión ni contraseñas que administrar, sin dejar de cumplir plenamente con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).
    - Los CD con imágenes podrían seguir estando disponibles, previa solicitud.
- 

**Puede enviarnos esta autorización por correo postal, fax o correo electrónico:**

**Astria Health – Attn: Health Information Dept. 1016 Tacoma Ave, Sunnyside, WA 98944**

**Teléfono: 509-837-1636, opción 1 para divulgación de información**

**Fax: 509-837-1637**

**Correo electrónico: [ROI@Astria.Health](mailto:ROI@Astria.Health)**

**De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado todos los días festivos importantes.**

---