



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN VERBAL

### Información del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (en letra de imprenta)  
 Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad/código postal: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a identificar a personas distintas de sus proveedores de atención médica que participen en su atención (familiares, amigos u otras personas). Podemos divulgar verbalmente su información médica a personas que usted haya identificado que participen en su atención médica. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar por su atención. Astria Health solo compartirá su información de salud con las personas que usted designe, excepto según lo exija o permita la ley. Puede añadir, modificar o revocar esta lista en cualquier momento. \*\* Consulte el reverso para obtener más instrucciones.

### Información a ser divulgada:

- Todos los aspectos de mi atención, tratamiento y pago, incluidos seguros, beneficios y reclamaciones
- Toda la atención clínica, incluidos los resultados de pruebas y la documentación de las visitas
- Toda la información sobre facturación y seguros
- Programar, cancelar, reprogramar u obtener información sobre mis citas
- Otros (describa): \_\_\_\_\_

### Divulgaciones especiales: (escriba sus iniciales)

- \_\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA
- \_\_\_\_\_ Información sobre salud psiquiátrica, mental o conductual
- \_\_\_\_\_ Información sobre trastornos por consumo de sustancias (TCS)

Restricciones sobre cualquiera de las divulgaciones marcadas arriba: \_\_\_\_\_

### Personas que pueden recibir comunicación verbal:

Nombre:	Relación:	Número de teléfono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Autorización para dejar mensajes detallados por teléfono:

Nombre:	Relación:	Número de teléfono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Esta autorización expira a los 365 días contados a partir de la fecha en que se firma o hasta la fecha/evento que se especifica aquí:

\_\_\_\_\_

### Firma:

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

Autoridad legal: \_\_\_\_\_

- Yo mismo
- Padre/madre
- Tutor legal
- Poder notarial para atención médica

\*\*Por favor, adjunte documentación legal si usted es el tutor legal o el titular de un poder notarial.



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN VERBAL

### Quién puede firmar esta autorización:

- Por lo general, todos los pacientes de 18 años en adelante deben firmar autorizando la comunicación de su propia información de salud, a menos que el paciente no tenga la capacidad de hacerlo. A continuación se describe la autoridad de menores de edad para dar su consentimiento.
- Todas las personas que firmen comunicaciones relativas a información de salud en nombre del paciente deben indicar su relación con el paciente y proporcionar una prueba de la autoridad legal de su capacidad para actuar en su nombre.
- La divulgación de información en virtud de este documento se limita únicamente a conversaciones VERBALES. Esta autorización no permite la divulgación de información por escrito ni copias de historias clínicas a las personas indicadas. Utilice el formulario “Autorización para utilizar y divulgar información de salud protegida”.

### 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 trastorno por consumo de sustancias (para menores de 13 años capaces; tanto el niño como su tutor deben dar su consentimiento)
- Información sobre salud mental ambulatoria si el menor tiene 13 años o más

### Prohibición de divulgación recurrente de información de salud:

Las leyes federales o estatales pueden restringir la divulgación recurrente o el uso posterior de información relacionada con trastornos por consumo de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, información genética e información relacionada con la salud mental.

### Información sobre el Programa para Trastornos por Consumo de Sustancias:

La ley federal (Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés]) prohíbe cualquier divulgación no autorizada o divulgación adicional de información del Programa para Trastornos por Consumo de Sustancias sin el consentimiento por escrito de la persona a quien se refiere la información. Los menores de 13 años capaces deben dar su consentimiento para la divulgación además de sus padres o tutores legales. Las normas federales limitan cualquier uso de esta información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastornos por consumo de sustancias. Si se divulga información a una entidad o clase de participantes en virtud de una designación general, se proporcionará, previa solicitud, una lista de las entidades a las que se divulgó la información, de conformidad con la Parte 2 del Título 42 del CFR.

### Información sobre servicios de salud mental:

La ley estatal prohíbe la mayoría de las divulgaciones de información sobre salud mental sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien se refiere la información. El padre, la madre o el tutor legal de un menor pueden dar su consentimiento a menos que el paciente menor de edad tenga 13 años o más. En ese caso, se requiere la firma del paciente. Una autorización general para divulgar información NO es suficiente para este fin. (70.02.230 del Código Revisado de Washington [RCW, por sus siglas en inglés])

### Información sobre enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA):

La ley estatal prohíbe la mayoría de las divulgaciones de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien se refiere la información. El padre, la madre o el tutor legal del menor pueden dar su consentimiento a menos que el paciente tenga 14 años o más. En ese caso, se requiere la firma del paciente. Una autorización general para divulgar información NO es suficiente para este fin. 70.02.220 del RCW)

### 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)

### 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; 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.