



Autorización para divulgar información del cuidado para la salud

Envíelo ya completado por fax al 509.524.7906.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Fecha aproximada de la llamada/tratamiento _____

Solicito y por este medio autorizo a la Ciudad de Walla Walla - Departamento de Bomberos/Ambulancia a divulgar la siguiente información médica:

- Informe de la atención médica de la ambulancia Facturas de la ambulancia

¿Adónde necesitan enviarse los expedientes?

Nombre de la persona o agencia que solicita los expedientes

Dirección postal

Ciudad, Estado/Provincia, Código postal

Número de teléfono

Los expedientes médicos son necesarios para el propósito de:

- Expedientes personales Procesar reclamos de seguros Otra razón: (Por favor, indíquelo)

Permiso para enviar por fax:

- Sí, quiero que mis expedientes sean enviados por fax al () Ponga sus iniciales: No, no quiero que mis expedientes sean enviados por fax.

Permiso para enviar expedientes de salud confidenciales electrónicamente a través del internet por medio de correo electrónico.

Por favor, tome en cuenta esto antes de completar la siguiente pregunta:

AVISO INFORMATICO SOBRE LA DIVULGACIÓN PÚBLICA PARA EL DESTINATARIO(S): La información contenida en cualquier comunicación dirigida a la Ciudad de Walla Walla, o procedente de la misma, incluidos archivos adjuntos, puede estar sujeta a los requisitos de divulgación de la Ley de Archivos Públicos del estado de Washington, Capítulo 42.56 del Código Legal de Washigton (RCW, por sus siglas en inglés).

- Sí, quiero que mis expedientes sean enviados electrónicamente al: Ponga sus iniciales: No, no quiero que mis expedientes sean enviados electrónicamente.

Esta autorización para divulgar información médica protegida se vencerá a los 90 días de la fecha en que fue firmada. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, siempre que la información todavía no haya sido divulgada. Para revisar el proceso de revocación de esta autorización, por favor lea el Aviso de Privacidad. Comprendo que una vez que la Ciudad de Walla Walla - Departamento de Bomberos divulge la información de la salud, la persona u organización que la reciba puede nuevamente divulgarla, momento en que puede dejar de estar protegida por las Leyes de Privacidad. Comprendo que mis expedientes pueden contener información sobre el diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas y/o alcohol, enfermedades mentales, tratamiento psiquiátrico o información genética. Doy mi autorización específica para que se divulguen esos expedientes. O excluyo la siguiente información de los expedientes divulgados.

Marque cada uno de los expedientes que no deben divulgarse:

- Abuso/tratamiento y diagnóstico de drogas/alcohol Enfermedades de transmisión sexual Información genética Diagnóstico/tratamiento/pruebas del VIH/SIDA Enfermedades mentales o diagnóstico/tratamiento psiquiátrico

Firma Nombre de la persona que firmó Fecha de hoy El firmante es El titular Padres * Tutor legal * Representante autorizado (*Por favor proporcione documentos que demuestren la autoridad para firmar en representación de los padres.)

Solo para uso de la oficina del Departamento de Bomberos/EMS de Walla Walla

Request received on: If in person, was ID Checked? Yes No- Reason

Call #(s) The following records were Mailed Faxed (Keep copy of fax face sheet and confirm sheet.) Given in person emailed Copy of Ambulance report with attachments Copy of CMS1500 claim Copy of Patient Billing Other:

Records request completed by: on Employee Date