



Protecting children, healing lives.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a **(nombre del proveedor de atención médica)** CARES Northwest a usar y dar a conocer la información médica que se especifica, referente a **(nombre del individuo)** _____ **(fecha de nacimiento)** a:

_____ **(nombre de quien recibirá la información)**
_____ **(agencia)**
_____ **(dirección)**
_____ **(ciudad, estado y código postal)**
_____ **(núm. telefónico/núm de fax/ e-mail)**

Con la finalidad de: **(describa los propósitos para el uso o revelación)** _____

Al **inicialar** los espacios siguientes, autorizo de manera específica el uso y/o revelación de la siguiente información o documentos médicos, si tal información o documentos existen:

_____ **Reportes de CARES Northwest**
Otro: _____

* Debe **inicialar** los espacios siguientes para que los documentos correspondientes puedan ser incluidos en el uso y/o revelación de otra información médica:

- _____ *VIH – resultados de prueba positivos o diagnosis de VIH
- _____ *Información de antecedentes genéticos y pruebas
- _____ *Información sobre diagnóstico, tratamiento o información de referencias tocantes a drogas y alcohol. (Las regulaciones federales requieren descripción del tipo y cantidad de información a revelarse.) Describa: _____
- _____ *Historial o información de salud mental.

Entiendo que la información que se use o se revele según lo acordado en esta autorización podría ser re-divulgada y así no estar ya protegida bajo la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal podría restringir la re-divulgación de resultados positivos de VIH o diagnosis de VIH, información especialmente protegida sobre salud mental, información de pruebas genéticas, y diagnóstico, tratamiento o información sobre referencias de alcohol y drogas,

Entiendo que la persona o entidad a la cual autorizo usar y dar a conocer la información, podría recibir compensación por hacerlo.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y que mi negativa no afectará el que yo pueda obtener servicios médicos o reembolso por servicios, a menos que se requiera de mi autorización para remitir el cobro a mi compañía de seguro médico. La única circunstancia bajo la cual mi negativa de firmar implica el no poder recibir servicios de atención médica, es si los servicios de atención médica son exclusivamente con el propósito de proporcionar información médica a alguien más y es necesaria la autorización para revelar la información. Mi negativa de firmar esta autorización no afectará desfavorablemente mi inscripción en el seguro médico ni la elegibilidad para recibir beneficios médicos, a menos que la información que se autorice sea necesaria para determinar si soy elegible para inscribirme en el plan de salud.

Entiendo que puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, dicha revocación no se aplicará a las acciones que hasta ese momento ya hayan sido realizadas como consecuencia de esta autorización. Si revoco mi autorización, la información descrita arriba no podrá ya usarse ni darse a conocer para los fines descritos en esta autorización. A menos que se revoque antes, esta autorización permanece vigente por 180 días a partir de la fecha en que se firma o a partir de **(incluir fecha o suceso de referencia)** _____

Firma del padre/tutor o del paciente

Fecha

Nombre (usar letra de molde) del padre/tutor o del paciente

Parentesco con el paciente

(Se entregará copia de esta hoja firmada al paciente o a su representante legal) V:\CARESNW\Forms\Medical Records\Auth to Use &-or Disc S31.doc
Rev. 7/21/20