

(* Las regiones de Kaiser Permanente se indican al reverso de este formulario).

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Nota: Es posible que se apliquen tarifas a algunas solicitudes.

Consulte las instrucciones para completar este formulario en el reverso. Si no sigue estas instrucciones, es posible que se retrase el procesamiento.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Número de historia clínica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: (____) _____

Correo electrónico: _____

2. KAISER PERMANENTE PUEDE DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN A:

Marque esta casilla si es la misma que la opción 1 de arriba

Organización o persona: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Fax (____) _____

Correo electrónico: _____

MÉTODO DE ENTREGA DE LOS REGISTROS:

Correo electrónico seguro Fax Cuenta del paciente en kp.org/wa (solo pacientes)

3. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Médico Legal Seguro Licencia por motivos médicos Personal/Otro

4. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ: DESDE EL ____/____/____ HASTA EL ____/____/____

Historias clínicas Informes de radiología: _____

Vacunas Imágenes de radiología (en CD): _____

Registros de facturación Documentación de FMLA

Otra (proveedor, departamento, especialidad): _____

5. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE: Comprendo que:

- ✓ La historia clínica divulgada puede incluir información relacionada con la prueba, el diagnóstico o el tratamiento del VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, farmacodependencia o salud mental y, en el caso de pacientes menores de 18 años, información relacionada con la salud reproductiva. Al firmar este formulario, doy mi autorización específica para la divulgación de esta información.
- ✓ En general, ni Kaiser Foundation Health Plan of Washington ni ninguna otra entidad respaldada por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) pueden requerir mi firma de esta autorización como condición para brindar tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios. Si el propósito de esta autorización es determinar la inscripción, elegibilidad, suscripción o calificación de riesgos antes de la inscripción, no firmar o revocar esta autorización puede afectar las decisiones sobre la inscripción o los beneficios de parte de Kaiser Foundation Health Plan of Washington.
- ✓ Puedo revocar esta autorización por escrito. En el caso de que revoque esta autorización, esto no afectará ninguna medida que se haya tomado en función de esta autorización.
- ✓ Una vez divulgada, la información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad de la información de salud.

6. FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

Si es representante personal*, escriba en letra de imprenta su nombre y relación: _____

* Es posible que se solicite documentación para probar la autoridad para firmar en nombre del paciente.

7. FIRMA DEL MENOR: _____ FECHA: ____/____/____

Se requiere la firma del menor para determinada información (consulte el punto 7 en la página de instrucciones).

8. Esta autorización vence al año de la fecha de la firma O al cumplirse la fecha o el evento indicado aquí:

Business Office/Clinic Staff: Has this request been processed?

WWA YES, already processed: send to Scanning at RCS
WWA NO, needs processing: fax to ROI at 206-630-6849

EWA YES, already processed: send to Scanning at ACN-AC3
EWA NO, needs processing: fax to ROI at 509-232-3127

Por favor, visite kp.org/espanol para obtener la información de contacto de las siguientes regiones de Kaiser Permanente:

- California
- Colorado
- Georgia
- Hawaii
- Estados de Mid-Atlantic (Maryland, Virginia y Washington DC)
- Región Northwest (Oregon, Longview y Vancouver, Washington)
- Washington

INSTRUCCIONES:

1. **INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, el número de historia clínica (si lo conoce), la dirección, el número de teléfono y el correo electrónico.
2. **INFORMACIÓN DEL DESTINATARIO:** Escriba en letra de imprenta el nombre, la dirección, el número de teléfono, el número de fax y la dirección de correo electrónico.
Método de entrega: Escriba la dirección de correo electrónico EN LETRA DE IMPRENTA clara.
KP.ORG/WA: Los registros están disponibles durante 30 días después de ser enviados a su cuenta de miembro segura.
3. **PROPÓSITO:** Marque la casilla que aplica al motivo por el cual se solicitan los registros.
4. **INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:** Indique la(s) fecha(s) para las que se autoriza la divulgación.
 - Historias clínicas: un máximo de 10 años de registros.
 - Registros de facturación: no se incluyen los pagos de primas.
 - Imágenes de radiología: especifique las imágenes o fechas necesarias.
 - Otra: use este espacio para indicar la información específica necesaria. Solo se divulgará esa información específica.
5. Lea la **sección AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE.**
6. **FIRMA:** Firme y escriba la fecha. Las firmas electrónicas deben cumplir con los requisitos federales y estatales. El representante personal debe escribir su nombre en letra de imprenta e indicar su relación con el paciente. Es posible que se solicite documentación para probar la autoridad para firmar en nombre del paciente.
7. **FIRMA DEL MENOR:** Los pacientes menores de edad tienen derecho a controlar determinados tipos de información sobre la atención médica. Es posible que deban firmar una autorización para divulgar esta información:
 - Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (edades de 14 a 17)
 - Salud mental y servicios de recuperación de adicciones (edades de 13 a 17)
 - Salud reproductiva (todos los menores)
8. **VENCIMIENTO:** En el caso de que no se indique una fecha o un evento, la autorización vencerá al año de la fecha de la firma.

Para enviar su solicitud, por favor, envíe el formulario completo a las direcciones a continuación que correspondan. Se prefiere el envío por fax. Visite nuestro sitio web www.kp.org/wa (cambie el idioma a español) para obtener copias adicionales de este formulario o más información.

Oeste de Washington

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
Release of Information
MAILSTOP: RCG-D1N-02
PO Box 9812
Renton, WA 98057-9054

Teléfono: 206-630-6848 o 1-866-656-4184 (número gratuito)
Horario de atención: de 8 a. m. a 5 p. m.
Correo electrónico: KPWA-ROI@kp.org
Fax: 877-848-6896

Este de Washington

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
Release of Information
MAILSTOP: ACN-AC3
PO Box 204
Spokane, WA 99210-9809

Teléfono: 509-241-7824
Horario de atención: de 8 a. m. a 5 p. m.
Correo electrónico: KPWA-ROI@kp.org
Fax: 509-232-3127

Para solicitar imágenes de radiología SOLAMENTE (radiografías, imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, mamografías, etc.), por favor, envíe las solicitudes a:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
Central Imaging Center
201 16th Ave E
Seattle, WA 98112

Teléfono: 206-326-3715
Correo electrónico: KPWA-RadROI@kp.org
Fax: 855 524 2256