

**Autorización para que *Boyer Children's Clinic*
pueda divulgar información de salud protegida.**

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellidos) (Nombres)

Nombre Anterior: _____

I. Mi Autorización

Información que será liberada A/De:
(Marque uno o ambos – A/De)

Boyer Children's Clinic
(Nombre designado del establecimiento o proveedor)
1850 Boyer Avenue East, Seattle, WA 98112
(Domicilio)

Información que se mandará A/De
(Marque uno o ambos – A/De)

(Nombre/Agencia del recipiente designado)

(Domicilio)

(Ciudad, Estado, Código postal)

() _____
(Número Telefónico)

Información que será liberada:

() _____
(Número de Fax)

- IFSP(Plan de Servicio Familiar Individual)
- Los dos últimos años de información pertinente*
- Todos los registros médicos
- Información específica(especificar): _____

* La información pertinente incluye los tipos de registros donde su hijo ha recibido atención, tales como hospitales, agencias, habla, terapia ocupacional y física, distrito escolar, psiquiátrico, oftalmólogo, médico de cabecera, seguro, trabajo social u otros servicios de consejería.

Usted puede usar o revelar información de cuidado de la salud con respecto a las pruebas, diagnóstico y tratamiento para (marque todas las que apliquen):

- VIH (virus del SIDA)
- Trastornos psiquiátricos/salud mental
- Enfermedades venereas sexuales
- Uso de drogas y/o alcohol

Razones (s) de esta autorización (marque todos los que apliquen):

- A mi solicitud para el tratamiento de mi hijo
- Otro(especifique): _____

Esta autorización caduca

- En un año a partir de la fecha firmada, o en _____ (staff to fill in date)
- Cuando ocurra el siguiente evento: _____
(Fecha)

II. Mis derechos.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Puedo revocar esta autorización por escrito. Dos maneras de revocar esta autorización son; 1) Llene un formulario de revocación. disponible en la recepción de Boyer o 2) escribir una carta a Boyer Children's Clinic. Si lo hiciera, no afectaría a ninguna de las acciones ya tomadas por Boyer Children's Clinic basada en esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Entiendo que una vez que la información de salud que he autorizado para ser divulgada llegue al destinatario indicado, esa persona u organización puede volver a divulgarla, momento en el que ya no puede estar protegida bajo las leyes de privacidad.

Firma del paciente o de la persona legalmente autorizada

Fecha

Escriba su nombre si no firmo el paciente

Parentesco (Padre, tutor legal, representante personal)

Last Update: May 2003, March 2017, April 2019