Mid-Valley Hospital

Mid-Valley Hospital
Mid-Valley Clinic

PO Box 793 - Omak, WA. 98841 www.mvhealth.org 509.826.1760

YO AUTORIZO A COMPARTIR LOS DATOS MEDICOS DE:

_____

Paciente Dirección Ciudad/Código Fecha de Nacimiento

A SER COMPARTIDOS POR:

_____Inst

itución/Doctor/Etc. Dirección Ciudad/Código

SERÁN MANDADOS A:

_____

Persona Organización Dirección Ciudad/Código

CON EL PROPÓSITO DE: _____

LOS DATOS SOLICITADOS INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

☐SUMARIO DE TRATAMIENTO ☐RAYOS X/FILMS

☐RESULTADOS DE EXAMENES DEL LABORATORIO ☐TODOS LOS DATOS

☐HISTORIAL MEDICO/FISICO ☐OTROS

POR EL PERIODO DE: _____ HASTA: _____

ESTA AUTORIZACION PUEDE SER REVOCADA A CUALQUIER TIEMPO CON UNA NOTA ESCRITA Y EXPIRA EN 90 DIAS DESPUES DE LA FECHA EN QUE FUE FIRMADA.

_____ _____ _____

Paciente/Persona Legalmente Responsable Parentesco Fecha

_____ _____

Testigo de la Firma Fecha

INFORMACION PROTEGIDA POR LEYES FEDERALES

Yo autorizo específicamente a compartir datos pertinentes a la salud mental, uso de droga, alcohol, enfermedades transmitidas sexualmente, SIDA, diagnósticos y/o el tratamiento, si tales informaciones son partes de mi historial médico. La re-divulgación de estos datos está prohibido por la ley.

ESTA INFORMACION ES COMPARTIDA CON EL PROPOSITO DE:

_____

_____ _____ _____

Paciente/Persona Legalmente Responsable Parentesco Fecha

_____ _____

Testigo de la Firma Fecha

Date_____ Copies made of (state name of form and how many of each)_____

_____

Recibidor _____ Personal _____

HIM001s