



Skagit County Public Health

Jennifer Johnson, Director
Howard Leibrand, M.D., Health Officer

AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Numero de Teléfono: _____ - _____ - _____ Nombres Anteriores: _____

Yo, _____, el/la paciente, parientes más cercanos legales o tutor legal del paciente, por la presente autorizamos la divulgación de la siguiente información de los registros médicos del paciente mencionado anteriormente para el período de tiempo de inicio ____/____/____ y terminando ____/____/____.
Fecha Fecha

INFORMACION QUE SE VA A DAR:

Por favor de marcar **TODAS** las casillas apropiadas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> información de su Historia Médica y Tratamiento | <input type="checkbox"/> Laboratorio/Pruebas de diagnóstico/Resultados de la prueba COVID |
| <input type="checkbox"/> Radiografías | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmisibles Generales | <input type="checkbox"/> Reportes Prenatal |

TODOS los expedientes, incluyendo cualquier expediente en estos temas:

La autorización específica para estos expedientes es requerida. Por favor de marcar en cada casilla lo que aplica.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Tratamiento del Abuso de Drogas y Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales o Tratamiento de la Salud Mental | |

Yo autorizo que la información SE LE DE A y/o SE OBTENGA DE las siguientes Agencias:

Nombre de Persona/Agencia

Domicilio/Numero de FAX

El Personal del Salud Publica del Condado de Skagit puede discutir mi condición y tratamiento médico con esas personas u organizaciones mencionadas arriba.

RE-DIVULGACION ES PROHIBIDO: Esta información se ha divulgado a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal o federal. Estas leyes prohíben acceso adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona o tutor de la persona a quien pertenece, o está permitida por la ley estatal.

Libero al personal de Salud Pública del Condado de Skagit y al abogado de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación autorizada de información. Comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Este consentimiento se vence en ____/____/____ o en noventa (90) días si no hay especificación diferente.

Paciente o persona autorizada a dar consentimiento

Fecha: ____/____/____

Relación al paciente si es firmado por otra persona que no sea el paciente

Testigo