



# Skagit County Public Health

Keith Higman, 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