



Skagit County Public Health

Jennifer Johnson, Interim 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:

- | | |
|--|---|
| ☐ información de su Historia Médica y Tratamiento | ☐ Laboratorio/Pruebas de diagnóstico/Resultados de la prueba COVID |
| ☐ Radiografías | ☐ Reportes de Radiología |
| ☐ Enfermedades Transmisibles Generales | ☐ 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.

- | | |
|---|--|
| ☐ VIH/SIDA | ☐ Tratamiento del Abuso de Drogas y Alcohol |
| ☐ Enfermedades Transmitidas Sexualmente | ☐ Otro: _____ |
| ☐ 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

SKAGIT COUNTY PUBLIC HEALTH

301 Valley Mall Way, STE 301, Mount Vernon, WA 98273 (360) 416-1500 Fax (360) 416-1501

05/2021