

Su expediente médico reciente está disponible a través de MyChart para su descarga inmediata sin necesidad de completar este formulario.

1. **Nombre del paciente** (apellidos, nombre): \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento o número de historia clínica (U#):** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

2. **Institución con la que se compartirá el expediente:**

☐ Fred Hutch ☐ médico, clínica u otros: \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

3. **Destinatario del expediente:**

☐ Yo ☐ Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

4. **Formato del expediente:**

☐ Fax ☐ MyChart ☐ Por correo o impreso ☐ CD o DVD ☐ Correo electrónico ☐ Memoria USB

5. **Propósito:**

☐ Continuidad de la atención médica ☐ Uso personal ☐ Seguro o discapacidad  
☐ Asuntos legales ☐ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

6. **Tipo de expedientes (marque todos los que procedan):**

☐ Historia clínica ☐ Laboratorio o patología ☐ Informes de radiología ☐ CD de radiología ☐ Facturación médica  
☐ Facturación de farmacia ☐ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

7. **Fechas del servicio: los 2 años más recientes (por defecto si no se indica la fecha más abajo)**

a. Intervalo de fechas de (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **O BIEN** ☐ Todo

8. **Fecha de vencimiento:**

Esta autorización vence en un (1) año a partir de la fecha de firma, a menos que se indique aquí otra fecha o acontecimiento:

**Excepción:** si la información del paciente va a ser divulgada a un empleador o institución financiera, esta autorización solo es válida durante 90 días a partir de la fecha de firma.

Autorizo específicamente a **Fred Hutch** a divulgar la información médica marcada a continuación:

☐ **Genética** ☐ **Infecciones de transmisión sexual** ☐ **VIH o SIDA**  
☐ **Salud mental** ☐ **Trastorno por uso de sustancias o su tratamiento**

Firma del paciente o de su representante personal

Nombre en imprenta

Fecha

Relación del representante personal con el paciente

**\*Adjunte la documentación legal si usted es el tutor legal, apoderado o albacea testamentario.**

Menores de edad: se requiere la firma de un paciente menor de edad para divulgar la siguiente información: (1) enfermedades relacionadas con la atención reproductiva del menor; (2) enfermedades de transmisión sexual (a partir de los 14 años); (3) alcoholismo, abuso de drogas o trastornos mentales (a partir de los 13 años).

\*\*\* For EHI Export, please contact Health Information Management (HIM), Ph: 206-606-1114

TEAM

NAME

[ M ]

PT NO

PLACE EPIC LABEL HERE

[ F ]

DOB

El Centro Oncológico Fred Hutchinson  
es una organización independiente que  
opera el programa oncológico de la red  
médica de la Universidad de  
Washington.

**UW Medicine**



HIM007 (02/25)

**¿Por qué necesito este documento?**

Como la ley lo exige, el Centro Oncológico Fred Hutchinson cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), la cual incluye la protección de la confidencialidad de su información médica. En determinadas situaciones, necesitamos su autorización por escrito para: divulgar su expediente clínico a una institución o persona ajenas a Fred Hutch, obtener su expediente clínico de una institución o persona ajenas a Fred Hutch o hablar con su familia, amistades u otras personas sobre su atención médica. Si desea autorizar a Fred Hutch a realizar cualquiera de estas acciones, complete el formulario de Autorización para utilizar, divulgar y revelar la información médica protegida del paciente. A usted, como paciente, no se le cobra nada por ello.

**¿Cómo se protege mi información médica cuando se envía por correo electrónico?**

Fred Hutch utiliza un servicio de codificación de correos electrónicos con el fin de garantizar la confidencialidad de la información médica protegida que enviamos. Fred Hutch también utiliza este servicio para cumplir la normativa federal HIPAA. Para obtener más información sobre la política de privacidad de Fred Hutch, visite nuestro sitio web en inglés en [www.fredhutch.org/privacy-policy](http://www.fredhutch.org/privacy-policy).

**¿Qué es la información médica protegida (PHI)?**

La información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es cualquier información contenida en el expediente clínico o en el conjunto de expedientes designados que puede utilizarse para identificar a una persona y que haya sido creada, utilizada o divulgada en el transcurso de la prestación de un servicio médico, como un diagnóstico o un tratamiento.

**¿Qué posibilidad hay de que mi información médica se divulgue a otra persona?**

Una vez que Fred Hutch entrega su información médica a otra persona o institución, la ley no siempre exige al destinatario que mantenga la confidencialidad de su información médica.

**¿Qué pasa si cambio de opinión?**

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un formulario a: Fred Hutch Health Information Management, 825 Eastlake Ave East, M/S K1-104, P.O. Box 19023, Seattle, WA 98109. Para solicitar este formulario, envíe un correo electrónico al Departamento de Gestión de la Información Médica (HIM) de Fred Hutch a [release@fredhutch.org](mailto:release@fredhutch.org). Si retira su permiso, este no será efectivo si Fred Hutch ya ha examinado, dado o recibido información basada en la entrega original de su expediente, o si Fred Hutch requiere la información para el pago del tratamiento que se le proporcionó a usted. Usted tiene derecho a:

- revisar o recibir una copia de su información médica protegida;
- recibir una copia de su autorización firmada; y
- negarse a firmar la autorización para la divulgación de su expediente.

Si tiene preguntas sobre este proceso, llame al Departamento de Gestión de la Información Médica de Fred Hutch al 206-606-1114 o envíe un correo electrónico a [release@fredhutch.org](mailto:release@fredhutch.org)

Negarse a firmar esta autorización no afectará negativamente a su capacidad para recibir servicios médicos o el reembolso de los mismos. La única circunstancia en la que negarse a firmar esta autorización significaría que usted no recibirá servicios médicos es si dichos servicios médicos tienen como único fin proporcionar información médica a otra persona, y es necesaria la autorización para realizar esa divulgación. Negarse a firmar esta autorización tampoco afectará negativamente a su inscripción en un plan de salud o a su derecho a recibir prestaciones médicas, a menos que la información autorizada sea necesaria para determinar si usted cumple los requisitos para inscribirse en dicho plan de salud. Excepciones: 1). La autorización debe firmarse si usted va a participar en un tratamiento relacionado con la investigación, como un ensayo clínico; y 2). Fred Hutch divulgará su PHI a un tercero que haya sido autorizado.

**¿Dónde debo enviar el formulario cuando lo haya completado?**

Una vez haya completado su formulario de autorización, envíelo a la clínica Fred Hutch que le atiende mediante la información de contacto que aparece a continuación.

| Fred Hutch South Lake Union  | Fred Hutch en el Centro Médico de la Universidad de Washington - Northwest  | Fred Hutch en el Hospital Evergreen   | Fred Hutch en Overlake Medical Center   |
|--|---|---|---|
| Health Information Management PO Box 19023 MS: K1-104 Seattle, WA 98109 Tel: (206) 606-1114 Fax: (206) 606-1035 <a href="mailto:release@fredhutch.org">release@fredhutch.org</a> | Health Information Management 1560 N 115th St. Suite G16 Seattle, WA 98133 Tel: (206) 606-2794 Fax: (206) 606-6855 <a href="mailto:nwhhimfax@fredhutch.org">nwhhimfax@fredhutch.org</a> | Health Information Management 12040 NE 128th St. MS: 98, Suite 1600 Kirkland, WA 98024 Tel: (425) 441-2644 Fax: (206) 606-8291 <a href="mailto:evgrelease@fredhutch.org">evgrelease@fredhutch.org</a> | Health Information Management 1135 116th Ave NE Suite 250 Bellevue, WA 98004 Tel: (206) 606-5363 Fax: (206) 606-4360 <a href="mailto:belrelease@fredhutch.org">belrelease@fredhutch.org</a> |
| Fred Hutch en Issaquah   | Fred Hutch en la Península  | Centro de Radioterapia Protónica de Fred Hutch  |   |

TEAM

NAME

[ M ]

PT NO

PLACE EPIC LABEL HERE

[ F ]

DOB

El Centro Oncológico Fred Hutchinson es una organización independiente que opera el programa oncológico de la red médica de la Universidad de Washington.

**UW Medicine**


HIM007 (02/25)



**Autorización para utilizar, divulgar y revelar  
información médica protegida del paciente**

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Health Information Management<br>1740 NW Maple St., Suite 211<br>Issaquah, WA 98027<br>Tel: (206) 606-7907<br>Fax: (206) 606-4030<br><a href="mailto:isqrelease@fredhutch.org">isqrelease@fredhutch.org</a> | Health Information Management<br>19917 Seventh Ave., Suite 100<br>Poulsbo, WA 98370<br>Tel: (360) 697-8000<br>Fax: (206) 606-5122<br><a href="mailto:penrelease@fredhutch.org">penrelease@fredhutch.org</a> | Health Information<br>Management 1570<br>N 115th St.<br>Seattle, WA 98133<br>Tel: (206) 306-2800. Opción 1<br>Fax: (206) 606-4338<br><a href="mailto:him.proton@fredhutch.org">him.proton@fredhutch.org</a> |  |
|---|---|---|--|

Puede enviar el formulario por correo electrónico, fax, correo postal o diligenciarlo personalmente en la clínica que le atiende. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a los números de teléfono indicados.

TEAM

NAME

PLACE EPIC LABEL HERE

PT NO

DOB

[ M ]

[ F ]

El Centro Oncológico Fred Hutchinson  
es una organización independiente que  
opera el programa oncológico de la red  
médica de la Universidad de  
Washington.

**UW Medicine**



\*SHIM007\*

HIM007 (02/25)

**AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PATIENT PROTECTED HEALTH INFORMATION**