

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ # de Seguro Social (últimos 4 dígitos) _____

Dirección actual _____

de teléfono durante el día _____ # de celular _____

RAZÓN DE SOLICITUD

- Personal Por favor seleccione uno
- Atención médica
- Formularios
- Compensación para trabajadores
- Transferencia permanente a un nuevo proveedor
- Otro _____

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN **DE:**

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ **A:**

Nombre de la instalación / proveedor que envía la información _____

Nombre de la instalación / proveedor que recibe la información _____

Dirección de la instalación / proveedor _____

Dirección de la instalación / proveedor _____

Ciudad, estado y código postal Nota: Si no se proporcionan las direcciones, puede causar un retraso en su solicitud. Ciudad, estado y código postal _____

de teléfono _____ # de fax _____

de teléfono _____ # de fax _____

Tipo de información que se divulgará:

- Notas de visita
- Resultados de laboratorio
- Registros de inmunización
- Registros de medicación
- Formularios
- Informes de rayos X únicamente
- Estudios de imágenes (Tipo: _____)
TC, TRM, Rayos-X, etc.
- Otro: _____

1

Seleccione el formato de los registros que se enviarán: (marque uno)

Digital:

- DVD por correo
- DVD para recoger
- Memoria USB por correo
- Memoria USB para recoger
- MyChart/Portal del Paciente
- Fax

Papel:

- Correo
- Recoger
- Otro: _____

3

Plazo de información que se publicará:

- Visita más reciente
- Registros médicos de _____ a _____
- Últimos 6 meses
- Últimos 2 años

Nota: Si no se selecciona ningún período de tiempo, se copiarán los últimos 6 meses/impreso. Es posible que se apliquen tarifas por proporcionar copias.

2

Información Confidencial o Protegida

Si la información que se va a divulgar contiene alguno de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información será divulgada si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información.

Iniciales

- _____ Información sobre el VIH / SIDA
- _____ Información de salud mental
- _____ Información sobre pruebas genéticas
- _____ Información sobre el diagnóstico, el tratamiento o la derivación de drogas / alcohol

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no está protegida por la ley federal; sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de información sobre VIH / SIDA, información de salud mental, información de pruebas genéticas y diagnóstico, tratamiento o remisión de drogas / alcohol.

4

Los formularios incompletos y/o contradictorios pueden causar retrasos en la divulgación de registros. Asegúrese de haber abordado todos los campos, seleccionado solo un motivo de liberación y solo un método de entrega. Gracias.

Su atención médica y el pago de esa atención médica no pueden estar condicionados a la recepción de esta Autorización firmada, a menos que su atención médica o tratamiento tenga el propósito de crear información médica sobre usted para divulgarla a un tercero; o con fines de investigación. Tiene derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito. Si revoca su Autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por los motivos cubiertos por su Autorización por escrito, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación que ya se haya realizado con su permiso. Para revocar esta Autorización, envíe una declaración por escrito al Oficial de Privacidad en 2020 Capitol Street NE, Salem Oregon 97301, que identifique la fecha en que firmó esta Autorización, el destinatario de la información identificada en esta Autorización y declare que está revocando la Autorización. Esta autorización vencerá el primero de _____ (fecha), 180 días a partir de la fecha de la firma o el final del período razonablemente necesario para completar la divulgación para el propósito descrito anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE _____

FECHA _____

ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE O EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____