Patient Chart Identification

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, FECHE Y FIRME

I. Voluntariamente por la presente autorizo la liberación/divulgación de mi información confidencial de mi expediente de salud como sigue:

NOMBRE DEL PACIENTE/CLIENTE: FECHA DE NACIMIENTO:

II.

La información debe ser revelada por:	**Y debe proporcionarse a:**	
NOMBRE DE LA INSTALACIONES Y DEPARTAMENTO	NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN/INSTALACIONES	
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO
CIUDAD/ESTADO	NUM, DE TELEFONO	NUM. DE FAX (SI ESTÁ DISPONIBLE)

III. El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

☐ Continuidad del Cuidado ☐ Abogado ☐ Escuela ☐ Discapacidad

☐ Uso personal ☐ Seguranza ☐ Otros *(especifique)* _____

IV. La información a ser divulgada de mi expediente de salud: [cheque la(s) casilla(s) apropiada(s)]

☐ Período de eventos desde _____ hasta _____

☐ Información relacionada con: *(especifique)* _____

Si desea cualquiera de la siguiente información confidencial que sea divulgada, ponga sus iniciales en la(s) opción(es) aplicables a continuación:

_____ Abuso de alcohol/drogas tratamiento/referencia _____ Tratamiento relacionados con el VIH/SIDA

_____ Enfermedades de transmisión sexual _____ Registros de salud mental

V. Usted no necesita firmar esta autorización. Negarse a firmar la autorización no afectara su habilidad de recibir servicios de salud o reembolso de servicios. Negarse a firmar significa que usted no recibirá servicios de salud si estos son solamente con el propósito de proveer información de salud a alguien más y la autorización es necesaria para que esta información pueda ser entregada. Su negamiento a firmar esta autorización no afectara su ingreso a un plan de salud o elegibilidad para beneficios de salud, a menos que la información autorizada sea necesaria para determinar si usted es elegible para ingresar en un plan de salud.

Esta autorización puede ser cancelada por escrito en cualquier momento. Para cancelar esta autorización, envíe su petición por escrito a: Oficial de Privacidad, Northwest Human Services, 1233 Edgewater ST NW, Salem, Oregón 97304, y mencione que usted está cancelando esta autorización. A menos que sea cancelada antes, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento, o condición:

_____.
(fecha, evento, o condición)

Si no se especificó la fecha, evento, o condición, esta autorización se vencerá en un año a partir de la fecha de firma.

Yo entiendo que la información revelada por esta autorización, con excepción de alcoholismo y drogadicción como se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a re-divulgación por parte del receptor y ya no puede estar protegido por el Health Insurance Portability and Accountability Act Privacy Rule [45 CFR Parte 164], y la ley de privacidad de 1974 [5 USC 552a].

He leído y he entendido esta autorización.

_____ (Fecha) _____ (Firma del Paciente o Representante Personal) _____ (Descripción del Representante Personal)

West Salem Clínica Médica 1233 Edgewater St NW Salem, Oregon 97304 Teléfono: (503) 378-7526 Fax: (503) 480-1611	West Salem Clínica Dental 1257 2nd St. NW Salem, Oregon 97304 Teléfono: (503) 378-7526 Fax: (503) 480-1595	Total Health Community Clinic 180 Atwater Street N Monmouth, Oregon 97361 Teléfono: (503) 378-7526 Fax: (503) 480-1613	Clínica de Salud Mental 1245 Edgewater Street NW Salem, Oregon 97304 Teléfono: (503) 378-7526 Fax: (503) 480-1614