



Patient Chart Identification

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, FECHES 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 _____ CIUDAD/ESTADO _____	DIRECCIÓN _____ CIUDAD/ESTADO _____	
	NUM. DE TELEFONO _____ NUM. DE FAX (SI ESTÁ DISPONIBLE) _____	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 ☐ Seguridad ☐ Otros (<i>especifique</i>) _____		
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: (<i>especifique</i>) _____ Si desea cualquiera de la siguiente información confidencial que sea divulgada, ponga sus iniciales en la(s) opción(es) aplicables a continuación: _____ (Iniciales) Abuso de alcohol/drogas tratamiento/referencia _____ Tratamiento relacionados con el VIH/SIDA (Iniciales) Enfermedades de transmisión sexual _____ Registros de salud mental (Iniciales)		
V.	Usted no necesita firmar esta autorización. Negarse a firmar la autorización no afectará 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 afectará 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, Oregon 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 dos años 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 1233 Edgewater 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 1233 Edgewater St NW Salem, Oregon 97304 Teléfono: (503) 378-7526 Fax: (503) 480-1614

Discrimination is Against the Law

NWHS complies with applicable federal civil rights laws and does not exclude, deny services to, or otherwise discriminate against any individual based upon ethnic group identification, race, national origin, religious creed, age, sex, sexual orientation, gender identity or expression, veteran's status, color, disability, housing status, educational level, economic status, social class, political beliefs, linguistic preference, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity.

We provide aids and services, free of charge, in a timely manner, to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

We provide language services, free of charge, in a timely manner, to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, call (503) 378-7526

If you believe that NWHS has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the NWHS Risk Officer located at 681 Center St. NW, Salem, OR 97301, Tel. (503) 588-5828, Fax (503) 588-5852. You can file a grievance in person or by mail, or fax. If you need help filing a grievance, the Risk Officer is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail: attn.: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, or phone 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-503-378-7526.	Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-503-378-7526.
繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-503-378-7526	Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-503-378-7526.
한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-503-378-7526번으로 전화해 주십시오.	Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-503-378-7526.
日本語 (Japanese) 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-503-378-7526 まで、お電話にてご連絡ください。	العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-503-378-7526.
Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-503-378-7526.	ខ្មែរ (Cambodian) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-503-378-7526 ។
Oroomiffa (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-503-378-7526.	Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-503-378-7526.
فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرید 1-503-378-7526-فراهم می باشد.	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-503-378-7526.
ภาษาไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-503-378-7526.	