

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**POR FAVOR, PROPORCIONE IDENTIFICACIÓN CON FOTO. SI VA A ENVIAR O FAXEAR EL FORMULARIO Y DESEA QUE SE LE ENVÍEN SUS REGISTROS POR CORREO, ENVÍE UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN CON FOTO.**

<b>Información del Paciente</b>	<b>Nombre:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento:</b> _____  <b>Dirección:</b> _____  <b>Número de teléfono:</b> _____
<b>Clínica/Hospital/Proveedor de servicios sanitarios</b> (¿Quién tiene la información que desea que se divulgue?)	<b>Nombre de la Instalación/Persona:</b> _____  <b>Dirección:</b> _____  <b>Número de teléfono:</b> _____ <b>Número de fax:</b> _____
<b>Parte receptora</b> (¿Adónde quiere que se envíe la información? ¿Quién puede tener la información?)	<b>Nombre de la Instalación/Persona:</b> _____  <b>Dirección:</b> _____  <b>Número de teléfono:</b> _____ <b>Número de fax:</b> _____
<b>Información que se desea divulgar</b> (¿Qué desea que se divulgue? Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s))	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta <input type="checkbox"/> Notas de Clínica <input type="checkbox"/> Notas de Sala de Emergencias <input type="checkbox"/> Notas Operatorias/Procedimientos <input type="checkbox"/> Información de Facturación/Pago <input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico <input type="checkbox"/> Laboratorios <input type="checkbox"/> Solo Información Verbal <input type="checkbox"/> Salud Mental/Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Últimos 2 años <input type="checkbox"/> Otro _____  <p style="text-align: center;"><b>INICIALES PARA CONSENTIR LA DIVULGACIÓN DE LO SIGUIENTE</b></p> _____ <b>Salud Mental</b> _____ <b>VIH/SIDA</b> _____ <b>Pruebas Genéticas</b> _____ <b>Salud Reproductiva</b> _____ <b>Información sobre Tratamiento/Remisión/Diagnóstico de Drogas/Alcohol</b>
<b>Instrucciones de divulgación</b> (¿Cómo desea la información?)	<b>FAX: 541-267-5152</b>  <b>ADDRESS: 2699 N 17<sup>th</sup> St. Coos Bay, Oregon 97420</b>
<b>Propósito de la liberación</b> (¿Por qué es necesaria?)	<input type="checkbox"/> Tratamiento/Continuidad de la Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Transferencia de Atención <input type="checkbox"/> Otro
<p>Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida según se describe arriba. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por leyes federales de privacidad, la información descrita a continuación puede ser divulgada nuevamente y ya no está protegida por esas regulaciones. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la redivulgación de información de VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas y diagnóstico, tratamiento o remisión de drogas/alcohol. Si la información a divulgar contiene alguno de los registros sensibles mencionados anteriormente, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de esta información. Entiendo y acepto que con mis iniciales, permito que esta información sea divulgada. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, pago o determinar mi elegibilidad para beneficios a menos que lo permita la ley. De Salud de Coquille Valley tiene 30 días según la ley para responder a una solicitud de registros médicos. Entiendo que puedo inspeccionar o solicitar copias de cualquier información divulgada mediante esta autorización. Esta autorización caducará en 365 días a menos que se especifique lo contrario aquí. _____</p> <p>Si esta autorización es para un estudio de investigación, la autorización caducará al final del estudio de investigación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento <u>notificando por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud del Coquille Valley en la dirección anterior</u> excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de esta autorización.</p>	
Firma del Paciente (de 15 años en adelante)	Fecha
Firma del Representante (Incluya documentación de respaldo)	Relación con el Paciente

**Para Uso Interno Solamente**

**Date Records Sent:** \_\_\_\_\_

**ID Verified By:** \_\_\_\_\_

**Completed By:** \_\_\_\_\_

**Method of Identification:**

Drivers License

Signature Comparison

Other: \_\_\_\_\_