

Divulgación de Expediente Médico

Nombre del paciente _____	Nombre anterior (si lo hay) _____
FEC. NAC.: _____	Teléfono: _____
Dirección _____	Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

<p>Autorizo a que se divulgue la información DE:</p> <p>Nombre/Instalación: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, CP: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>	<p>Autorizo a que se divulgue la información A:</p> <p>Nombre/Instalación: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, CP: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>
--	---

El propósito de esta solicitud es:

Atención médica referida
 Atención transferida
 Personal
 Legal
 Otro _____

Tipo de información a ser divulgada:

Expediente médico completo *(Consta de los 2 últimos años de tratamiento, salvo que se especifique lo contrario)*
 Otro (Especifique por favor): _____

DEBE ESTAR RUBRICADO para que se incluya en los registros

Registros relacionados con VIH/SIDA
 Registros relacionados con la salud mental
 Información de

pruebas genéticas _____ Drogas/Alcohol** **LA REDIVULGACIÓN ESTÁ PROHIBIDA: Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

Todos los Registros serán enviados a través de fax a menos que se indique lo contrario. Doy mi consentimiento para el envío por fax de mi expediente médico. Todos los documentos enviados por fax contienen una declaración de confidencialidad, sin embargo, entiendo que no se puede garantizar la confidencialidad en el extremo de recepción.. SÍ NO

Mi firma indica que autorizo la divulgación de la información anterior y entiendo lo siguiente:

Entiendo que puedo elegir no firmar esta autorización y que mi elección de no firmar no será una base para afectar mi capacidad de recibir tratamiento.

Entiendo que puedo cancelar la autorización para utilizar y divulgar mi información en cualquier momento por escrito. A menos que se revoque antes, este consentimiento caducará a los 180 días de la fecha de la firma o permanecerá en vigor durante el período razonablemente necesario para completar la solicitud. Entiendo que este cambio no afectará la información que ya ha sido compartida.

Entiendo que las leyes federales y estatales protegen mi información médica. Sin embargo, mi información podría ser compartida con agencias o empresas que pueden no estar cubiertas por esta ley. Ellos podrían entonces compartir mi información con otros. Entiendo que no pueden compartir información relativa al VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, tratamiento de alcoholismo y drogadicción o pruebas genéticas a menos que yo les dé permiso rubricando este permiso más arriba o según lo permita la ley. Entiendo que se me permite recibir una copia de esta Autorización..

_____ _____ _____
 Firma del paciente/Persona legalmente responsable Relación con el paciente Fecha

Wade Creek Clinic
535 NE 6th Ave • Estacada, OR 97023
F: (866) 669-3334 Ph: (503) 630-8550

Oakridge Clinic
47815 Hwy 58 • Oakridge, OR 97463
F: (855) 313-2095 Ph: (541) 782-8304

Fern Ridge Clinic
24934 Fir Grove Ln • Elmira, OR 97437
F: (833) 673-0252 Ph: (541) 234-3255

McKenzie River Clinic
51730 Dexter Street • Blue River, OR 97413
F: (833) 905-2303 Ph: (541) 822-3341

Sandy Clinic
37400 Bell St • Sandy, OR 97055
F: (833) 903-3607 Ph: (971) 220-2701

Hoodland Clinic
24461 E Welches Road • Welches, OR 97067
F: (833) 973-4292 Ph: 971-333-0494