

**Teléfono de Historias Clínicas (541) 396-1058 Fax de Historias Clínicas (541) 396-7374**  
**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 ENVIÉN SUS REGISTROS POR CORREO, ENVÍE UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN CON FOTO.**

<b>Información del Paciente</b>	Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____
<b>Clínica/Hospital/Proveedor de servicios sanitarios</b> (¿Quién tiene la información que desea que se divulgue?)	Nombre de la Instalación/Persona: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
<b>Parte receptora</b> (¿Adónde quiere que se envíe la información? ¿Quién puede tener la información?)	Nombre de la Instalación/Persona: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
<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 _____
	<b>INICIALES PARA CONSENTIR LA DIVULGACIÓN DE LO SIGUIENTE</b> ___ Salud Mental   ___ VIH/SIDA   ___ Pruebas Genéticas   ___ Salud Reproductiva ___ Información sobre Tratamiento/Remisión/Diagnóstico de Drogas/Alcohol
<b>Instrucciones de divulgación</b> (¿Cómo desea la información?)	<b>Método de Divulgación: (Marque Uno)</b> <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Recoger <b>FAX: 541-396-7374</b>  <b>DIRECCIÓN: 940 East 5th Street Coquille, Oregon 97423</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
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. El Hospital del Valle de Coquille 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. <b>Esta autorización caducará en 365 días a menos que se especifique lo contrario aquí.</b> _____ 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 <b>notificando por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud del Hospital del Valle de Coquille en la dirección anterior</b> excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de esta autorización.	
Firma del Paciente (de 15 años en adelante)	Fecha
Firma del Representante (Incluya documentación de respaldo)	Relación con el Paciente

**Para Uso Interno Solamente**

Fecha de Envío de Registros: \_\_\_\_\_

Identificación Verificada Por: \_\_\_\_\_

Completado Por: \_\_\_\_\_

**Método de Identificación**

- Licencia de Conducir**
- Comparación de Firmas**
- Otro** \_\_\_\_\_