



NEHALEM BAY

CENTRO DE SALUD Y FARMACIA

CUIDADO COMPASIVO PARA LA COMUNIDAD

(Anteriormente conocido como Clínica Rinehart.)

230 Rowe Street | PO Box 176 | Wheeler, OR 97147 | 1-800-368-5182 | Fax: 1-844-712-3001 | nehalemhealth.org

Autorización para la divulgación de registros médicos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de seguro social: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono (hogar): _____ Teléfono (celular): _____

Recuerde: Es posible que se cobre el costo de la copia de los registros médicos. Se copiarán únicamente los registros médicos que se originen en la Nehalem Bay Centro de Salud. Esta autorización es válida únicamente para la divulgación de información médica cuya fecha sea anterior a la fecha de esta autorización inclusive.

Marque una opción:

La persona indicada anteriormente autoriza al *siguiente centro de atención médica a divulgar* registros médicos a la Nehalem Bay Centro de Salud.

La persona indicada anteriormente autoriza a la Nehalem Bay Centro de Salud *a divulgar* registros médicos al siguiente centro de atención médica o a las siguientes personas.

Nombre del centro/personas: _____ N.º de teléfono _____

Dirección del centro: _____ N.º de fax: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Para la siguiente finalidad (marque una opción):

Atención del paciente Reclamo del seguro Motivo personal Otra

Fechas y tipo de información que se divulgará (marque una opción):

2 años antes de la última fecha en que se vio Fechas: Desde: _____ Hasta: _____

Información específica solicitada:

Notas del proveedor (incluyendo lista de problemas, alergias y medicamentos)

Informes de laboratorio Informes de radiografía

Otro: Especifique: _____

Entiendo que la información que aparece en mi historia clínica puede incluir información relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); pruebas genéticas; servicios de salud conductual/mental; y tratamiento por consumo de alcohol y drogas.

Si DESEA compartir esta información, COLOQUE SUS INICIALES a continuación.

_____ Sí, divulgar información sobre el VIH/SIDA
Iniciales

_____ Sí, divulgar información sobre salud mental/conductual
Iniciales

_____ Sí, divulgar información sobre pruebas genéticas
Iniciales

_____ Sí, divulgar información sobre el tratamiento por drogas/alcohol
Iniciales

Entiendo que esta información se puede revelar a la Nehalem Bay Centro de Salud o que esta puede divulgarla. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización y esto no puede afectar mi capacidad para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará. Entiendo que cualquier divulgación de información supone la posibilidad de que dicha información se vuelva a divulgar de forma no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas de confidencialidad federales. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que vaya a realizar la divulgación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de administración de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. **Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se haya firmado a menos que se indique de otra forma.**

Revisé esta autorización y la entiendo.

Firma del paciente/padre o madre/tutor o representante autorizado

Fecha

Nombre del representante autorizado en letra imprenta

Vínculo con el paciente