

AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Tipo de identificación: _____

Proveedor de atención médica que **revelará** la información:

Persona/Agencia que **recibirá** la información: **Paciente/Yo**

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax	

Nombre
Siskiyou Community Health Center (SCHC)
1701 NW Hawthorne Ave, Grants Pass OR 97526
TEL.: 541-471-3455 FAX: 541-471-1439

Nombre
Siskiyou Community Health Center (SCHC)
PO Box 1850, Cave Junction OR 97523
TEL.: 541-592-4111 FAX: 541-592-3916

PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN _____ Transferencia de la atención _____ Coordinación de la atención _____ Otro _____

FECHAS SOLICITADAS _____ últimos 3 años Intervalo de fechas: Del _____ al _____

TIPO DE COPIA SOLICITADA Memoria USB Copia impresa Correo electrónico _____
(Solo para uso profesional)

INFORMACIÓN SOLICITADA (Debe poner sus iniciales junto a cada registro solicitado):

- _____ Escriba sus iniciales aquí para incluir **TODOS** los tipos de registros indicados abajo escriba sus iniciales junto a los registros específicos solicitados.
- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| _____ Notas de la historia médica | _____ Consultas con especialistas | _____ Registros de vacunación |
| _____ Resultados de laboratorio | _____ Registros del hospital | _____ Estados de cuenta |
| _____ Informes de radiología e imágenes | _____ Notas de fisioterapia | |
| _____ Informes de electrocardiogramas (EKG) | _____ Otro _____ | |

CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO (Poniendo mis iniciales en los espacios de abajo, autorizo específicamente que se revele la información confidencial indicada):

- | | |
|--|--------------------------------------|
| _____ Registros sobre enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo* | _____ Enfermedades contagiosas |
| _____ Registros médicos sobre drogadicción o alcoholismo | _____ Enfermedades venéreas |
| _____ Resultados de la prueba de VIH | _____ Maltrato y abandono de menores |
| _____ Información y resultados de pruebas genéticas | _____ Agresión sexual |

FECHA DE VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN

- _____ Hasta que se cumpla el propósito
 _____ Otra _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento informando al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que, una vez que se revele mi información médica al destinatario, ningún miembro del personal de SCHC podrá garantizar que el destinatario no vuelva a revelar mi información médica a un tercero o según lo exija la ley. El tercero quizá no tenga la obligación de cumplir esta autorización o las leyes de privacidad. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si lo hago, mi capacidad para recibir tratamiento no se verá afectada.

Leí y entendí esta autorización, y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la revelación de la información médica. Autorizo a SCHC para que use o revele mi información médica de la manera indicada arriba.

Firma del paciente o de la persona autorizada por ley

Fecha

***Nombre y firma del testigo** (obligatorio para revelar información de una enfermedad mental o una discapacidad del desarrollo)

Fecha

Iniciales del miembro del personal _____