

Autorización para usar o revelar información médica protegida

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Teléfono
---------------------	---------------------	----------

Dirección	Tipo de indentificación
-----------	-------------------------

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

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

☐	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
--------------------------	---

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Fax

Propósito de la revaluación:

☐ Transferencia de la atención
☐ Coordinación de la atención
☐ Otro: _____

Fechas solicitadas:

☐ Todas las fechas de atención
☒ 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

Staff Initials: _____