



HIM.AUTH.ROI

Silverton Health • 342 Fairview • Silverton, OR 97381

Autorización del Paciente de Revelar Información Médica

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

MR #

• **Autorizo a Silverton Health a hacer lo siguiente:**

Revelar / Proveer información a:

Recibir información de:

Institución / Individuo

Numero de Teléfono

Dirección

Ciudad / Estado / Código Postal

• **La información será usada en beneficio propio con los siguientes propósitos:** _____

Información que puede ser revelada:

- Resumen de Alta
- Informe de Patología
- Historial y Examen Medico
- Informe de Laboratorio
- Informe Sobre un Procedimiento
- Informe de las Recetas
- Informe Sobre Servicio Urgente / de Emergencia
- Informe o Película de Radiografía / Examen Radiológico
- Informe de Estudio Diagnóstico EEG, EKG
- Notas Sobre la Rehabilitación
- Informe de Terapia Física / Trabajo
- Otro _____

Fechas Especificas del Tratamiento: _____

Al poner mis iniciales en los espacios de abajo, autorizo a que se revele la siguiente información:

- _____ Información relacionada con HIV/AIDS
- _____ Información sobre la salud mental
- _____ Información sobre analisis genéticos
- _____ Diagnoss sobre el alcohol o drogas, tratamiento, e información sobre remisión a agencias

La revelación de dicha información esta limitada a lo siguiente:

- periodo de tiempo _____
- fechas de tratamiento _____

- Entiendo que esta autorización caducara (expirara) automaticamente en 180 dias a partir de la fecha que aparece abajo o en la fecha siguiente _____ .
- Entiendo que yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para poder revocar esta autorización, debo solicitarlo por escrito y que debo presentar esta revocación escrita en el **Silverton Health, 342 Fairview, Silverton, OR 97381**. Entiendo que dicha revocación no aplicaría a cualquier información que ya ha sido revelada de acuerdo a esta autorización. Entiendo que esa revocación no aplicaría en el caso de mi compañía de seguros cuan lo la ley prohíbe que se le niege al asurador el derecho de disputar una reclamación contra mi póliza de seguros.
- Entiendo que una vez que la información ha sido divulgada de acuerdo a esta autorización, dicha información puede ser divulgada por quien la ha recibido y que dicha infamación no estará protegida pro las reglas federales de privacidad. Sin embargo, entiendo que leyes federales y estatales limitan la divulgación de información personal sobre la SIDA, la salud mental, las pruebas genéticas y los diagnósticos, las referencias o los tratamientos para drogas o alcohol.
- Entiendo que no es necesario que firme este formulario antes de recibir atención medica, pagar la cuenta, presentar una aplicación en un plan medico o establecer la elegibilidad de recibir beneficios.
- Entiendo que después de firmarla, recibiré una copia de esta autorización.

Firma del paciente

Firma de la persona autorizada legalmente a firmar por el paciente

Fecha

Relación con el paciente

Testigo

Fecha

- He sido informado que puede requerirse un pago por proveer esta información _____ (iniciales)

Silverton Health
Autorización del Paciente de Revelar Información Médica

PATIENT IDENTIFICATION LABEL



HIM.AUTH.ROI

INSTRUCCIONES

1. El paciente o el representante legal del paciente debe completar este formulario. Pregunte si es que tiene alguna duda acerca del formulario. Para mayor información, favor de contactarse con del departamento de archivos médicos al 503-873-1526.
2. Si Usted está solicitando información médica con este formulario por correos, sea específico sobre la información que necesita. No pida información innecesaria. Usted puede facilitar el proceso escribiendo su número telefónico en la parte de arriba.
3. Este formulario no es válido si no viene firmado y con fecha. Si el firmante no es el paciente, debe indicar cuál es la relación que tiene con el paciente. Puede firmar por el paciente sólo la persona autorizada por ley. (Pueden pedirle mostrar una identificación)
4. Esta autorización es válida por 180 días. También puede apuntar una fecha específica de expiración, que no sea mayor de un año de la fecha de la firma.
5. Esta autorización puede anularse en cualquier momento. Sin embargo, para anular la autorización se debe presentar por escrito y esa anulación no se aplicará a toda información que ya se haya entregado. La anulación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley protege el derecho de mi asegurador para disputar algún reclamo sobre mi póliza.
6. Las leyes federales y estatales protegen la información sobre la SIDA, la salud mental, las pruebas genéticas y el alcoholismo y drogadicción. Esta información no se entregará si no está debidamente marcado en la parte correspondiente de esta forma.
7. Puede haber costo para la entrega de esta información. No hay costo para la información necesaria para la atención al paciente. Le avisaremos si es que hay costo y Usted firmará su consentimiento en esta forma.
8. Una vez que esta información se haya entregado dando cumplimiento de esta autorización, el recipiente podría volver a entregarla y esa entrega posiblemente no esté protegida por regulación federal.

For Silverton Health Use Only [mark document(s) and/or indicate date of report(s) released]

DS	H&P	Proc	ER
Consult	Prog Notes	Nurses Notes	Orders
X-ray	Dx Imaging	EKG	EEG
DX Study	Path	Lab	PT/OT
Other	Other	Other	Other

Above information released to: _____

Information released via: Mail Fax Dr's box Other _____

Date: _____

Employee Initials: _____