



Promueve y provee servicios médicos de calidad innovadores, prevención y educación para nuestras comunidades.

281 LaClair Street, Coos Bay, OR 97420
p. 541-266-6700 • t. 541-888-8726
Retransmisión de mensajes de TTY- 711

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
De conformidad con ORS 192.566

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Dirección: _____
Número/Calle Ciudad Estado

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

-- Yo autorizo el uso y divulgación de mi información médica protegida (PHI) descrita abajo --

Escriba sus iniciales en las casillas de la PHI que usted autoriza usar y divulgar.

INICIALES INICIALES
 Todo el expediente del paciente Otra (describa): _____

Autorización para información sensible

Si la información que debe divulgarse contiene cualquiera de los tipos de registros o información indicados a continuación, podrían aplicarse leyes adicionales sobre el uso y divulgación de esta información. Si mis registros contienen cualquiera de dicha información, yo autorizo el uso y divulgación de esa información **solamente si escribo mis INICIALES** en la casilla correspondiente.

INICIALES
 Información psiquiátrica/de salud mental

INICIALES
 Información de pruebas genéticas

INICIALES
 Información de diagnóstico, tratamiento o referencias relacionada con drogas/alcohol

INICIALES
 Información de VIH/SIDA

Yo autorizo a la siguiente clínica, organización o persona a compartir mis registros médicos (PHI) con Coos Health & Wellness para usarse y divulgarse:

Nombre: _____

INICIALES
 Yo autorizo el **INTERCAMBIO MUTUO** de información entre CHW y la clínica, organización o persona indicada en este ROI.

Dirección: _____

Teléfono: _____

Expiración de la autorización* 3 años de la fecha de este formulario

*TÉRMINO: A menos que se revoque o se indique algo diferente, la autorización expira cuando Coos Health & Wellness no la necesite más para propósitos de tratamiento, pagos u operaciones de cuidados médicos.

PROPÓSITO: Yo autorizo a Coos Health & Wellness, mi doctor, proveedor médico y/o proveedor de salud mental a divulgar mi información médica durante el término de esta autorización para los siguientes propósitos específicos:

INICIALES INICIALES
 Bajo mi petición Otro (describa): _____

Yo entiendo que:

1. Una vez que Coos Health & Wellness divulgue mi información médica al destinatario como lo permite esta autorización, Coos Health & Wellness no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi información médica a un tercero y ya no está protegida por la ley federal de privacidad de información médica.
2. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando a Coos Health & Wellness un aviso escrito sobre mi revocación. Coos Health & Wellness proveerá un formulario para hacer mi revocación, pero no tengo que usar ese formulario para hacer mi revocación escrita.
3. Esta autorización seguirá vigente hasta que expire el término de esta autorización o yo entregue un aviso de revocación por escrito a Coos Health & Wellness. Mi revocación de esta autorización no se aplicará a la información usada y divulgada como lo permite esta autorización antes de que yo entregue a Coos Health & Wellness, mi doctor y/o proveedor médico (identificado en esta autorización) el aviso de mi revocación por escrito.
4. Coos Health & Wellness no puede condicionar mi tratamiento o pago, inscripción o elegibilidad para beneficios en base a que yo firme esta autorización. Sin embargo, Coos Health & Wellness puede negarme un tratamiento si no firmo esta autorización en el caso de que mi tratamiento en Coos Health & Wellness sea solamente para el propósito de crear información médica para divulgarse al destinatario identificado en esta autorización. Si mi tratamiento se relaciona con mi participación en un estudio de investigación, entiendo que Coos Health & Wellness puede negarse a tratarme si no firmo esa autorización.
5. Esta autorización no es válida para usar o divulgar las notas de psicoterapia, usar o divulgar la información médica protegida para propósitos de publicidad o para la venta de información médica protegida.

En cualquier momento, yo puedo hacer una petición escrita a Coos Health & Wellness para obtener y/o inspeccionar una copia de mi información médica y que Coos Health & Wellness, dentro de cinco (5) días de recibir esta petición escrita, aceptará la petición y me contactará para programar una fecha/hora conveniente para inspeccionar y/o copiar mi información médica o me proveerá un rechazo de la petición por escrito que explique la razón del rechazo, mis derechos de revisión (si existen) y las instrucciones sobre cómo y dónde puedo plantear una queja sobre el rechazo.

He leído y entendido esta autorización para el uso y divulgación de información médica protegida y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. He recibido una copia de esta autorización firmada.

Con mi firma, por este medio autorizo a sabiendas y voluntariamente que Coos Health & Wellness, mi doctor y/o proveedor médico usen y divulguen mi información médica de la manera descrita.

Firma del paciente

Fecha

Representante personal - Si corresponde:

Firma del representante personal

Descripción de la autoridad para actuar

Fecha

NOTA* Si el **paciente** es **menor de edad 0 no puede firmar** esta autorización, complete la información del representante personal arriba.

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

____ Identidad del paciente verificada

____ Rep. personal- Identidad y **autoridad para actuar** verificada

Firma del personal de CH&W

Nombre y título

Fecha

PROVEA UNA COPIA DE LA AUTORIZACIÓN FIRMADA AL CLIENTE