

Asher Community Health Center

P.O. Box 307 Fossil OR 97830

Teléfono: (541) 763-2725 ♦ Fax: (541) 763-2850 ♦ TTY: 1 (800) 735-2900

Autorización para usar y divulgar información de salud protegida
TODAS las secciones de este formulario DEBEN completarse o la autorización no se aceptará.

Autorizo al siguiente centro, _____,
Nombre del centro que divulga los registros

Dirección del centro

N.º de teléfono del centro

N.º de FAX del centro

a recibir y divulgar una copia de la información de salud específica descrita a continuación relacionada con:

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

ENVIAR A: **Asher Community Health Center**
712 Jay Street
PO Box 307
Fossil, Oregon 97830

541-763-2725

N.º de teléfono del centro

541-763-2850

N.º de FAX del centro

La información que se divulgará consistirá en lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la información de salud | <input type="checkbox"/> Órdenes de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Evaluación |
| <input type="checkbox"/> Plan/progreso del tratamiento | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de orina |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____ | |

La divulgación se realiza para lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia | <input type="checkbox"/> Continuación de la atención |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Familia/amigos/uso personal |
| <input type="checkbox"/> Ingreso a institución educativa | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____ | |

La información se divulgará de la siguiente manera:

- () Todas las formas de comunicación (oral, escrita, electrónica y otras)
- () Solo verbalmente
- () Otra, especifique: _____

Mis iniciales a continuación autorizan la inclusión de la siguiente información como parte de esta divulgación de registros autorizada:

_____ Información de VIH/SIDA _____ Información de salud mental

_____ Información de pruebas genéticas

_____ Información de diagnóstico, tratamiento o remisión por consumo de drogas/alcohol

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y dirigiéndome al centro responsable de realizar la divulgación de la información detallada en este documento. Si opto por revocar esta autorización, ya no se usará para los motivos cubiertos por esta autorización. Entiendo que las divulgaciones realizadas antes de revocar esta autorización no pueden anularse.

Esta autorización queda vigente en la fecha que aparece a continuación y **vencerá un año después de la fecha indicada a continuación o en la fecha que yo especifique -**

Fecha específica

Revisé esta autorización y la entiendo. Si la información divulgada contiene registros de diagnóstico o tratamiento por consumo de alcohol y dependencia de sustancias químicas, los registros están también protegidos por las normas de confidencialidad federales (42 CFR, Parte 2). Las normas federales prohíben la divulgación adicional de esta información a menos que yo permita de manera explícita la divulgación por escrito o de otra manera según se indica en la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (*Code of Federal Regulations*, CFR). Una divulgación general de información médica o de otro tipo NO es suficiente. Las normas federales restringen todo uso de la información para la investigación penal o acusación de cualquier paciente atendido por abuso de alcohol o drogas.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante del paciente

Fecha