**AUTORIZACIÓN PARA USAR/REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Yo deseo revelar la información médica del paciente indicando en este formulario, para los propósitos de establecer y coordinar la atención y la actualización de los expedientes mantenidos en San Moscati. Entiendo que mi establecimiento o recibiendo atención médica, no depende de la firma de este formulario. Entiendo que la publicación de esta información está destinada a ayudar a los proveedores de San Moscati a cuidar del paciente mencionado abajo.

Yo entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, proporcionando una declaración por escrito a la dirección abajo. Ninguna revocación será retroactiva para pertenecer a los expedientes ya publicados. Este consentimiento expirará al año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario.

Yo entiendo que la información utilizada o revelada puede estar sujeta a la revelación, excepto la información altamente confidencial para incluir "información sensible". El firmante inscrito abajo, libera a San Moscati de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de la liberación y/o el examen de la información indicada anteriormente. He leído esta autorización, y lo entiendo.

Yo autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para publicar una copia de la información médica jjjjjjjjjjjjjjjjjjjjjjHospital/proveedor de atención médica

Para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lllllllllllllllllllllllllNombre del paciente Fecha de nacimiento Número de teléfono

Para la Propósito de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuidado de paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para: **Saint Moscati, 1880 Lancaster DR NE, Suite 119, Salem Oregon 97305 IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIPhone (971) 273-0679 Fax (503) 961-0794**

Colocando mi inicial en los espacios de abajo, le indicaré mi aprobación para la publicación de los siguientes registros médicos (durante los últimos 5 años) si tales existen, para ser enviados.

\_\_\_\_\_ Notas de visita de la oficina/ Expediente resumen \_\_\_\_\_\_Resultados de laboratorio y diagnóstico

\_\_\_\_\_ Lista de medicamentos actuales \_\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que la información en el registro de salud, de y puede incluir información de "información sensible" relacionada con la enfermedad de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o de conducta, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma de paciente o persona autorizada por ley Fecha

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre/guardián legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ representante personal