

Hospitales y clínicas de Salem Health

Autorización para el uso o la divulgación de la información médica protegida

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por favor, llene todo el formulario. No se procesarán autorizaciones incompletas y se devolverán para que sean llenadas.

Nombre del paciente _____
Fecha de nacimiento _____ Número de expediente médico _____
Teléfono del día _____ Teléfono de la noche _____
Dirección _____
Ciudad, estado, código postal _____

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA A

Nombre _____
Teléfono del día _____ Fax _____
Dirección _____
Ciudad, estado, código postal _____
Correo electrónico (escriba claramente) _____

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA A:

CD (.pdf) Impresión
Correo electrónico

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

Fechas de vigencia _____
 Historial/Físico _____
 Informes de laboratorio _____
 Informes de radiología _____
 Consultas _____
 Expedientes de cuidados de emergencia/urgencia _____
 Informes operativos _____
 Otros _____

Comprendo que esta información de salud puede incluir información sobre VIH/SIDA y/o información relacionada al diagnóstico o tratamiento de discapacidades psiquiátricas o abuso de sustancias y/o pruebas genéticas, y que al colocar mis iniciales abajo, autorizo específicamente la divulgación de información relativa a:

Diagnóstico, tratamiento o referencia de drogas/alcohol
 Salud mental VIH/SIDA Pruebas genéticas

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

Continuar con la atención Expedientes personales Legal Seguro Revisión en el sitio
 Otro _____

1. Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las leyes de privacidad federales. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de información sobre el diagnóstico, tratamiento o referencia de drogas/alcohol, información sobre VIH/SIDA e información psiquiátrica/de salud mental.

2. Comprendo que Salem Health no condicionará el tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad de beneficios sin importar si firmo o no esta autorización.

3. Esta autorización expirará (inserte fecha o caso):

o 6 meses después de la fecha de esta autorización. Una fotocopia de este formulario se considerará tan válida como el original.

4. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Oficial de privacidad, por escrito, en 890 Oak Street SE, Salem, OR 97301.

5. Se proporcionará una copia de este formulario firmado al paciente o persona autorizada.

6. Si está solicitando que su información sea enviada a usted u otra persona por correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos de transmisión y recepción de la información por correo electrónico y se compromete a liberar a los hospitales y las clínicas de Salem Health y sus entidades afiliadas de toda responsabilidad que pueda resultar del uso del correo electrónico para comunicarse con usted u otra persona que pueda haber designado para recibir mensajes de correo electrónico que incluyen información de salud. Esto incluye, pero no se limita a, la violación de la confidencialidad o privacidad que puede resultar del uso del correo electrónico (excepto cuando sea requerido por la ley).

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido esta autorización y estoy de acuerdo con dicha divulgación.

Firma de los pacientes

Fecha

Padre/madre/tutor legal/persona autorizada

Fecha

Expedientes recibidos por

Fecha

Relación con el paciente

Salem Health 890 Oak Street SE Salem, OR 97301 503-561-5750
 Salem Health West Valley 525 SE Washington St. Dallas, OR 97338 503-623-7309
 Clínica: _____
Dirección: _____

Identificación verificada por _____
 Llamada para recoger
 Expedientes por correo
 Correo electrónico verificado