



2570 NW Edenbower Blvd, Suite 100
 Roseburg, OR 97471
 Teléfono: (541) 677-7200
 Fax: (541) 229-3309

AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION MÉDICA

Lea toda la información e instrucciones antes de completar y firmar el formulario de autorización.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 (POR FAVOR DE IMPRIMIR) Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
 Razón de liberación de registros (i.e Transferencia de la atención): _____ Apellido Anterior: _____

| INFORMACION DE CLINICA QUE LIBERAR SUS REGISTROS: | CLINICA QUE RECIBIRA LIBERACION DE DOCUMENTS: |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evergreen Family Medicine <input type="checkbox"/> _____ Organización/Persona _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Numero de Teléfono _____ Fax _____ | <input type="checkbox"/> Evergreen Family Medicine <input type="checkbox"/> _____ Organización/Persona _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Numero de Teléfono _____ Fax _____ |

TIPO DE INFORMACION MEDICA SOLICITADA:

- LOS ULTIMOS 5 ANOS DE REGRISTO MEDICOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ÚLTIMO SERVICIO
- ULTIMO ANO COMPLETO DE LABARATORIOS/ PATOLOGIA A PARTIR DE LA FECHA DEL ULITMO SERVICIO
- ULTIMO 2 ANOS DE IMAGENES DE INFORMES A PARTIR DE LA FECHA DEL ÚLTIMO SERVICIO
- INFORMES MAS RECIENTES: ELECTROCARDIOGRAMA MAMMOGRAMA COLONOSCOPIA PAPANICOLAUO
- DENSIDAD DE HUESOS
- MI INFORMACION DE SALUD RELATIVA SOLO AL SIGUENTE TRATAMIENTO O CONDICION: _____
- MI INFORMACION DE SALUD SOLAMENTE PARA LAS FECHAS SIGIENTE (S): _____
- OTRA RAZON: _____

INICIALE SOLAMENTE!!! INFORMACION PROTEGIDA O SENSIBLE: Entiendo que cierta información no puede ser divulgada sin la autorización específica requerida por la ley federal/ Estatal:

Documentos relacionados con el VIH/ SIDA Diagnostico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencia
 Información sobre salud mental Información sobre pruebas Genéticas

- ❖ MENORES DE 13 A 17 ANOS DE EDAD: Se requiere la firma de un paciente menor divulgar la siguiente información: (1) Condiciones relacionadas con el cuidado reproductiva del Menor incluyendo, pero o limitado a: Anticoncepción, Embarazo y Terminación del Embarazo, Esterilización y (Edad de 14 años o más), (2) Abuso del Alcohol y/o drogas (13 años o más) y (3) condiciones de salud mental (13 años o más)
- ❖ Entiendo que la información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el receptor y ya no está protegida bajo la ley federal.
- ❖ También entiendo que la información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a la divulgación de información sobre VIH / SIDA, información de salud mental, información genérica de pruebas y diagnóstico de drogas / alcohol, tratamiento o información de referencia.
- ❖ No se necesita firmar esta autorización. Al negar a firmar la autorización no afectará su capacidad para recibir servicios de atención médica o el reembolso por servicios. La única circunstancia cuando al negar a firmar significa que usted no recibirá servicios de atención de salud es si los servicios de atención de salud son exclusivamente con el propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización es necesaria para hacer la divulgación.
- ❖ Puede revocar esta autorización POR ESCRITO en cualquier momento. Si revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá ser usada o divulgada para los propósitos descritos en esta autorización por escrito. La única excepción es cuando una entidad cubierta ha tomado medidas en dependencia de la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro.

Para revocar esta autorización, envíe o envíe una declaración por escrito:

Evergreen Family Medicine; a division of Centennial Medical Group
 Medical Records Custodian
 2570 NW Edenbower Blvd, Suite 100
 Roseburg, OR 97471

POR FAVOR, DECLARAN CLARAMENTE QUE ESTÁN REVOCANDO ESTA AUTORIZACIÓN

PUEDE SER UNA CARGA PARA LAS COPIAS DE SU REGISTRO MÉDICO A MENOS QUE SE LE ENVIÉN SUS COPIAS A OTRO MÉDICO O SALA DE CUIDADO DE SALUD.

He leído esta autorización y la entiendo. A menos que se especifique, esta autorización expirará un año a partir de la fecha de la firma. _____
 (Fecha de Expiración)

 (Firma del Representante Personal) (Fecha de Firma) (Descripción de la autoridad del Representante Personal)