

## ATENCIÓN PRIMARIA

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Complete este formulario para que Adapt Primary Care pueda solicitar los registros de sus proveedores anteriores. Completar este formulario es opcional y no es necesario para establecer la atención en Adapt Primary Care, pero nos ayudará a proporcionar una atención continua al paciente.

<b>Autorizo a:</b>		
(Nombre del médico)	(Dirección y/o teléfono/fax)	
<b>a utilizar y divulgar información de salud específica con respecto a:</b>		
(Nombre del paciente)	(Fecha de nacimiento)	
<b>a Adapt Integrated Health Care:</b>	<b>Atención primaria - Roseburg Clinic</b> 621 W Madrone St., Roseburg, OR 97470 Fax: 541-957-3003	<b>Atención primaria - Winston Clinic</b> 671 SW Main St., Winston, OR 97496 Fax: 541-492-4553
<b>con el siguiente fin (marque todas las que apliquen):</b>		
<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica <input type="checkbox"/> Conferencia telefónica <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
<b>Incluya (marque todas las que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Notas en la hoja clínica <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/Patología <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG) <input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico <input type="checkbox"/> Registros de vacunación <input type="checkbox"/> Otro, especifique lapso de tiempo, diagnóstico o los informes específicos de la fecha en que se vio al paciente por última vez:		
Si le solicitamos esta autorización para nuestro propio uso y divulgación o para permitir que otro proveedor de atención médica o plan de salud nos revele información:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>La recepción de esta autorización firmada no puede condicionar nuestra prestación de servicios o el tratamiento que usted reciba.</li> <li>Usted puede inspeccionar una copia de la información de salud protegida que se utilizará o divulgará.</li> <li>Puede negarse a firmar esta autorización y</li> <li>Debemos proporcionarle una copia de la autorización firmada.</li> </ul>		
Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito, excepto si ya hemos utilizado o divulgado información en virtud de esta autorización o si usted ya ha firmado esta autorización como condición para la cobertura del seguro. Para revocar esta autorización, póngase en contacto con nuestra oficina. A menos que se revoque antes o se indique lo contrario, esta autorización expirará a los <b>180 días</b> de la fecha en que se firmó.		
<b>Escriba sus iniciales en cada declaración de consentimiento.</b>		
_____ Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información sobre VIH/SIDA.		
_____ Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud mental.		
_____ Doy mi consentimiento para la divulgación de la información sobre mis pruebas genéticas.		
_____ Doy mi consentimiento para la divulgación de la información sobre mi diagnóstico, tratamiento o remisión de drogas/alcohol, lo que requiere, según la ley federal, la descripción anterior de la cantidad y el tipo de información que se va a divulgar.		

**He leído y entiendo esta autorización. También entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por la ley federal.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal/Representante personal (marque uno)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Aclaración del paciente

\_\_\_\_\_  
Aclaración del firmante y relación si no es el paciente