

ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Complete este formulario para que Adapt Integrated Health Care pueda solicitar los registros de sus proveedores anteriores.

| | | |
|--|------------------------------|---|
| Autorizo a: | Adapt Integrated Health Care | 621 W Madrone St. Roseburg, OR 97470 |
| | (Nombre del médico) | (Dirección y/o teléfono/fax) |
| a utilizar y divulgar información de salud específica con respecto a: | | |
| | (Nombre del paciente) | (Fecha de nacimiento) |
| a: | | |
| | (Nombre del médico) | (Dirección y/o teléfono/fax) |
| con el siguiente fin (marque todas las que apliquen): | | |
| <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica <input type="checkbox"/> Conferencia telefónica <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | |
| Incluya (marque todas las que apliquen): <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"> • La recepción de esta autorización firmada no puede condicionar nuestra prestación de servicios o el tratamiento que usted reciba. • Usted puede inspeccionar una copia de la información de salud protegida que se utilizará o divulgará. • Puede negarse a firmar esta autorización y • Debemos proporcionarle una copia de la autorización firmada. | | |
| 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 180 días de la fecha en que se firmó. | | |
| Escriba sus iniciales en cada declaración de consentimiento. | | |
| _____ 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