



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

RAZÓN DE LA SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Transferencia permanente a un nuevo equipo de atención dental
<input type="checkbox"/> Cuidado dental	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Beneficios	

Nombre del paciente			
Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos)	
Dirección actual			
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico:	

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE:
Nombre de instalación/proveedor que envía la información
Dirección de la instalación/del proveedor
Ciudad, estado y código postal
Nota: Si no se proporcionan las direcciones, esto podría causar un retraso en su solicitud.

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA A:	
Nombre de instalación/proveedor que recibe la información	
Dirección de la instalación/del proveedor	
Ciudad, estado y código postal	
# de teléfono	Fax # (REQUERIDO)

TIPO DE INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)	
<input type="checkbox"/> Notas del gráfico médico	<input type="checkbox"/> Registros de medicamentos <input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registros de inmunización _____
FECHAS DE SERVICIO (SELECCIONE UNA DE TRES OPCIONES)	
<input type="checkbox"/> Visita más reciente	<input type="checkbox"/> Últimos 2 años <input type="checkbox"/> Desde (MM/DD/AAAA) _____ Hasta (MM/DD/AAAA) _____
FORMATO DE REGISTROS A ENVIAR (SELECCIONE UNO)	FORMA DE ENTREGA (SELECCIONE UNO)
<input type="checkbox"/> DVD	<input type="checkbox"/> Correo postal
<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> MyChart
<input type="checkbox"/> Portal del paciente	<input type="checkbox"/> Fax*
<input type="checkbox"/> Memoria USB	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<i>*Si el número de páginas es alto, los documentos se enviarán por correo postal.</i>

INFORMACIÓN PROTEGIDA O SENSIBLE	
Si la información que se va a divulgar contiene cualquiera de los tipos de registros o información que se mencionan a continuación, es posible que se apliquen leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Al poner mis iniciales al lado de cada uno, entiendo y acepto que esta información será divulgada.	
_____ Información sobre el VIH/SIDA Iniciales	_____ Información de salud mental Iniciales
_____ Diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencia Iniciales	_____ Información de pruebas genéticas Iniciales
Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley federal; sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la divulgación de información sobre VIH/SIDA, información sobre salud mental, información sobre pruebas genéticas y diagnóstico, tratamiento o remisión de drogas/alcohol.	

Su atención médica y el pago de esa atención médica no pueden estar condicionados al recibimiento de esta autorización firmada, a menos que su atención médica o tratamiento tenga el propósito de crear información médica sobre usted para divulgarla a una tercera entidad; o con fines de investigación. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por motivos cubiertos por su autorización por escrito, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación que ya se haya hecho con su permiso. Para revocar esta autorización, por favor, envíe una declaración por escrito a Neighborhood Health Center dirigida a ATTN: Risk and Compliance, 7320 SW Hunziker Rd., STE 300, Portland, OR 97223, que identifique la fecha en que firmó esta autorización, el destinatario de la información identificada en esta autorización e indicar que está revocando la autorización. Esta Autorización expirará un año después de la fecha de la firma o el final del periodo razonablemente necesario para completar la divulgación para el propósito descrito anteriormente.

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Escriba el nombre del paciente o el nombre del representante legal del paciente

Relación con el paciente (escriba «Self» si usted es el paciente)

SOLO PARA USO DE LA OFICINA | OFFICE USE ONLY

Signature of Staff Member Assisting Patient

Date

Title of Staff Member Assisting Patient