



# AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

7320 SW Hunziker Rd, STE 300, Portland, OR 97223  
503-941-3087 | healthrecords@nhcoregon.org

Información del paciente	Nombre del paciente	Fecha de nac.	N.º de seg. soc. (últ. 4 dígitos)
	Dirección de correo electrónico		Número de teléfono

Para la información de salud que se indica a continuación, autorizo que Neighborhood Health Center (seleccione una opción):	<input type="checkbox"/> Reciba información de terceros	<input type="checkbox"/> Envíe información a terceros	<input type="checkbox"/> Reciba y envíe información de/a terceros
---	---	---	---

Método de entrega:	<input type="checkbox"/> Correo postal (papel)	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> MyChart (solo se envía al paciente)

Para y de: (Si no se proporcionan las direcciones, es posible que su solicitud se demore)	Nombre del proveedor/persona	
	Dirección postal, ciudad, estado, código postal	
	Correo electrónico	
	Número de teléfono	Número de fax

Autorizo el envío de:	<input type="checkbox"/> Información verbal al proveedor/centro/persona que se indica arriba
	<input type="checkbox"/> Registros previos <input type="checkbox"/> Registros futuros

Para esta finalidad:	<input type="checkbox"/> Coordinación de la atención	<input type="checkbox"/> Traslado de la atención	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Seguro/temas legales
	<input type="checkbox"/> Otro (explique):			

Fechas del servicio (seleccione una opción):	<input type="checkbox"/> Última visita	<input type="checkbox"/> Últimos 2 años
	<input type="checkbox"/> A partir del (MM/DD/AAAA):	Hasta el (MM/DD/AAAA):

Información solicitada (marque todas las casillas que correspondan)	<input type="checkbox"/> Notas de la hist. clín. (méd.)	<input type="checkbox"/> Informes de radiografías (dent.)
	<input type="checkbox"/> Notas de la hist. clín. (dent.)	<input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	_____
	<input type="checkbox"/> Vacunas	_____
	<input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio	_____
	<input type="checkbox"/> Todos los registros de salud	

Información protegida o confidencial:	Si la información que se divulgará contiene alguno de los tipos de registros o información indicados a continuación, es posible que se apliquen más leyes relativas al uso y la divulgación de información. Al colocar mi inicial junto a cada opción, entiendo y acepto que esta información se divulgará.	
	_____ Iniciales	Información sobre VIH/SIDA
	_____ Iniciales	Información sobre el diagnóstico, el tratamiento o la remisión por consumo de drogas/alcohol
	_____ Iniciales	Información de salud mental
	_____ Iniciales	Información de pruebas genéticas

**RESTRICCIONES:** Si ya tenemos registros de otras clínicas, pueden volverse parte de su historia clínica y volver a divulgarse sin la protección de las leyes o los reglamentos de privacidad, salvo por los registros sobre el tratamiento por consumo de alcohol y drogas que hayamos recibido de un centro o programa de tratamiento.

**DERECHOS:** Si no firma este formulario, igualmente accederá al tratamiento o será elegible para los beneficios (salvo que los servicios tengan por finalidad exclusivamente divulgar información de salud a alguien más y se requiera su autorización para hacerlo). Puede ver o copiar la información relacionada con esta autorización de divulgación de información según lo permite la política de Neighborhood Health Center (NHC). NHC tiene 30 días para procesar su solicitud de registros. Si no ha recibido sus registros, deje un mensaje de voz en el 503-941-3087 o envíe un correo electrónico a healthrecords@nhcoregon.org.

**CANCELAR ESTE FORMULARIO:** Usted puede cancelar esta autorización de divulgación de información por escrito en cualquier momento. No podremos modificar el envío o la recepción de registros que ya se hayan realizado con su autorización, pero respetaremos su petición en el futuro. Para cancelar este formulario, envíe una declaración escrita a Neighborhood Health Center, ATTN: Risk and Compliance, 7320 SW Hunziker Road, STE 300, Portland, OR 97223, e indique que revocará esta autorización. También puede presentar la notificación escrita en persona en la clínica de NHC más cercana.



# AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

7320 SW Hunziker Rd, STE 300, Portland, OR 97223  
503-941-3087 | healthrecords@nhcoregon.org

La información divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar protegida por la Sección 160 y las Subsecciones A y E o la Sección 164 del Título 45 del Código de Reglamentos Federales (*Code of Federal Regulations*, CFR), así como por las leyes estatales correspondientes (ORS 179.505, 192.525).

Leí esta autorización o me la leyeron. Entiendo que esta autorización queda vigente de inmediato y permanecerá así hasta que mi atención en NHC finalice, salvo que especifique una fecha o suceso diferente aquí:

Fecha o suceso

FIRMA	
Firma del paciente o representante legal/tutor	Fecha
Nombre del paciente o representante legal/tutor en letra de imprenta	
Vínculo con el paciente (si no es el paciente)	

## OFFICE USE ONLY

Scan BOTH SIDES of ROI into the patient's record. Note, ROI is incomplete without a valid signature.

- Form is Complete
- Identification of Requestor Verified
- Relationship Verified (if not patient)

Name of NHC Employee Receiving ROI

Title

NHC Clinic