

Nombre del cliente/paciente _____

F. de nac. _____

N.º de caso de salud mental/ans. y depr. N.º de hist. clín. médica/dental _____

Sección A. Por la presente, autorizo a los proveedores/las personas que se indican a continuación a divulgar o recibir una copia de mi historia clínica:

(debe seleccionar una casilla)

Enviar registros **DE CHC** a: Nombre: _____

Entregar registros **A CHC** de parte de: Dirección: _____

Intercambio VERBAL con CHC y: Ciudad/estado/código postal: _____

MÉTODO DE ENVÍO: Teléfono: _____ Fax: _____

EN: CD Papel **CÓMO:** Correo postal Retiro* el día _____ Fax Correo electrónico _____

**Haremos todo lo posible por tener los registros listos para retirar antes de la fecha especificada si es menos de 5 días hábiles después de la recepción. Los registros estarán disponibles en la dirección indicada en este formulario, no en la ubicación de su clínica.*

Sección B. Finalidad de esta divulgación: *(debe seleccionar una casilla)*

Tratamiento/pago/operaciones Apoyo/coordinación laboral Admisión escolar

Legal/judicial/correccional/libertad condicional* Determinación de elegibilidad (seguro/Administración del Seguro Social/discapacidad)* A solicitud de la persona*

**Pueden cobrarse tarifas razonables para cubrir el costo de preparación, copia y envío de los registros.*

Sección C. Autorizo específicamente la divulgación de los siguientes registros: *(seleccione todo lo que corresponda)*

Médicos De salud mental De alcohol/drogas Dentales

Comparta los siguientes documentos de la historia clínica:			Seleccione los documentos de atención dental para compartir
<input type="checkbox"/> RESUMEN (lo mínimo necesario)	<input type="checkbox"/> Registros prenatales	<input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Lista de diagnósticos/problemas	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento	<input type="checkbox"/> Informes de imagenología	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Evaluaciones de salud mental	<input type="checkbox"/> Informes de procedimientos	<input type="checkbox"/> Registros de tratamiento
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Evaluaciones de consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Notas de la hist. clín.
<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Consulta de evaluación psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Pruebas psiquiátricas/psicológicas	<input type="checkbox"/> Registro periodontal
<input type="checkbox"/> Signos vitales	<input type="checkbox"/> Informes	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Visitas al consultorio/notas de progreso	<input type="checkbox"/> Registros de crecimiento	<input type="checkbox"/> Registros de facturación	

Divulgue mis registros de las siguientes fechas: *(Opcional)* Desde fecha de tratamiento: _____ a fecha de tratamiento: _____

Sección D. La divulgación de los registros y la información que se indican a continuación **REQUIERE una autorización específica. Mis **INICIALES** a continuación autorizan la divulgación voluntaria de los siguientes registros de tratamiento:**

_____ Alcohol/drogas _____ Salud mental _____ Pruebas genéticas _____ VIH/SIDA

Sección E. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado medidas para cumplir con esta autorización. La revocación no afectará la inspección de los registros que sea necesaria para validar los gastos por parte o en nombre de las entidades gubernamentales. Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a SERVICIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD de los CENTROS DE SALUD DE CLACKAMAS e indique que va a revocar esta autorización. Salvo que se haya revocado anteriormente, **al MARCAR una casilla a continuación, este consentimiento vencerá:**

Al final del tratamiento con CHC **Un año** después de haberlo firmado **Con el suceso** o en la **fecha** que se indique: _____

FIRMA (cliente, tutor o persona autorizada a firmar por el cliente) * _____ NOMBRE - En letra de imprenta _____ VÍNCULO CON EL CLIENTE _____ FECHA _____

FIRMA (padre o madre del cliente menor con ansiedad y depresión o testigo si el cliente hace la marca) _____ NOMBRE - En letra de imprenta _____ VÍNCULO CON EL CLIENTE o CARGO _____ FECHA _____

Si no es el padre ni la madre, debe proporcionar un **COMPROBANTE DE REPRESENTACIÓN LEGAL en la forma de orden de custodia, orden de tutela o poder de atención médica.*

INFORMACIÓN IMPORTANTE: La información usada o divulgada en virtud de esta autorización puede verse sujeta a una nueva divulgación por parte de terceros sin su permiso y dejar de estar protegida por las leyes federales. En algunos casos, las leyes federales y estatales pueden proteger su información de una nueva divulgación si se trata de información sobre VIH/SIDA, información de salud mental, información de pruebas genéticas e información de diagnóstico, tratamiento o remisión por consumo de drogas/alcohol. No hace falta que firme esta autorización. La negación a firmar la autorización no afectará de forma negativa su capacidad para recibir servicios de atención médica o el reembolso por los servicios. El único caso en el que la negación a firmar supone que no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de atención médica están destinados únicamente a brindarle información de salud a alguien más y la autorización es necesaria para hacer esa divulgación. Si se requiere su permiso por escrito para divulgar información de salud sobre usted a los efectos de determinar su elegibilidad para Cover Oregon u otro programa médico, y usted no nos da su autorización para divulgar su información de salud, entonces es posible que no pueda demostrar que es elegible. **A LOS DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:** La información que se le divulga por medio de esta autorización está protegida por las leyes estatales (ORS 179.505, 192.518) y los reglamentos federales (42 CFR Parte 2, 45 CFR Partes 160-164). Se le indica que no puede volver a divulgar esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien pertenece la información. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para los fines relativos a los registros de tratamiento por consumo de alcohol y drogas. Las normas federales restringen el uso de los registros de tratamiento por consumo de alcohol y drogas para investigar o procesar penalmente a los pacientes con consumo de alcohol o drogas.

Instrucciones para autorizar la divulgación de información de salud protegida

Sección A: El cliente/paciente o su representante legal debe completar esta sección. Si está incompleta, es posible que le envíen de vuelta el formulario. Complete esta sección con la siguiente información:

- Nombre del cliente/paciente
- Fecha de nacimiento del cliente/paciente
- N.º de historia clínica/caso médico de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias/n.º de historia clínica dental del cliente/paciente
- Dirección del cliente/paciente
- Número de teléfono del cliente/paciente
- ¿Qué persona u organización desea que divulgue la información? Ejemplo: centros de salud del condado de Clackamas.
- Escriba la dirección a donde desea que se envíe la información. Ejemplo: ABC Medical Insurance Company, 999 SE 9th St. Portland, OR 97201.
- ¿Cómo desea que se envíe la información a la persona de la Sección B? Ejemplo: CD/DVD, papel.

Sección B: ¿Cuál es la finalidad de la divulgación de esta información? Ejemplo: coordinación del tratamiento o la atención, determinación de discapacidad.

Sección C: ¿Qué tipos de información desea que se divulgue? Un resumen contiene la cantidad mínima y necesaria de información para cumplir con el motivo por el que le solicitaron la divulgación de los registros. En general, la información del resumen presenta los datos más recientes e importantes. Ejemplo: registros de facturación necesarios para que su compañía de seguros pague la factura de su clínica.

- ¿Cuál es el rango de fechas de los registros que está solicitando? Ejemplo: registros médicos del 20 de octubre de 2020 al 1 de diciembre de 2020. Esto debe presentarse si recibe tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias.

Sección D: Esta información privada está protegida especialmente por las leyes federales y estatales. Coloque sus iniciales en la información privada que desea que se divulgue. Si no selecciona ninguna opción en esta sección, no se divulgará ninguna información relativa al tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias, al tratamiento del VIH/SIDA o a las pruebas genéticas.

Sección E: Firme e indique la fecha en el formulario de autorización. Si usted no es el cliente/paciente, describa su vínculo con el cliente/paciente y su potestad legal para firmar. Ejemplo: Tutor legal. Deberá proporcionar la documentación legal que le da la potestad para autorizar la divulgación de esta información, por ejemplo, la orden judicial de la tutela legal.

Aclaración: Si el paciente tiene 14 años o más, debe firmar esta autorización para divulgar los registros de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias.

No hace falta que firme esta autorización. La negación a firmar la autorización no afectará de forma negativa su capacidad para recibir servicios de atención médica o el pago por esos servicios. Si se requiere su permiso por escrito para divulgar información de salud sobre usted a los efectos de determinar su elegibilidad para el Plan de Salud de Oregon u otro programa médico, y usted no nos da su autorización para divulgar su información de salud, es posible que no pueda demostrar que es elegible. Si el motivo por el que va a recibir los servicios de atención médica es únicamente brindarle información a alguien más, su autorización es necesaria para que hagamos esa divulgación y deberá firmar este formulario de autorización, salvo que haya una orden judicial que nos exija divulgar su información.

Puede haber una tarifa basada en el costo para proporcionar copias en papel de la historia clínica y los registros de facturación, o para proporcionar los registros en CD/DVD.



Administración de Información de Salud,
2051 Kaen Road Suite 367
Oregon City, OR 97045