



Paciente	Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historia clínica: _____ NSS: _____ Dirección: _____		
Por/para	<b>Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud descrita a continuación para el paciente mencionado por las siguientes entidades:</b> <i>(Se requieren las direcciones completas para procesar la solicitud)</i>		
	La información será divulgada POR:	La información será divulgada PARA:	
	_____	_____	
Propósito	<i>Especifique el hospital, la clínica o el consultorio que posee los registros.</i> _____		
	<b>Con el objetivo de:</b> <input type="checkbox"/> A petición del paciente o representante legal/personal <input type="checkbox"/> Otros propósitos (especifique cada uno): _____		
Información que se divulgará	<b>Descripción de la naturaleza de la información que se utilizará o divulgará:</b> <i>(marque con sus iniciales todo lo que aplique)</i> <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta <input type="checkbox"/> Informes patológicos <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Informes de radiología/imágenes <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiogramas <input type="checkbox"/> Notas del médico sobre la evolución <input type="checkbox"/> Registro del Departamento de Emergencias <input type="checkbox"/> Notas de enfermería <input type="checkbox"/> Registros de medicación <input type="checkbox"/> Notas del consultorio <input type="checkbox"/> Estado de cuenta		
	<input type="checkbox"/> Otra información (especificar): _____		<b>Información protegida específicamente:</b> <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento de salud mental <input type="checkbox"/> Diagnóstico de toxicomanía/alcoholismo, tratamiento y registros de referencia <input type="checkbox"/> Información sobre VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Información sobre Pruebas genéticas (Oregón) _____
Avisos	<input type="checkbox"/> Registros para las siguientes fechas o tratamiento: _____ <input type="checkbox"/> Todos los registros de salud de la entidad nombrada anteriormente (excluye la información protegida específicamente a menos que se marque lo contrario con sus iniciales)		
	1. Entiendo que, si el destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización no es un proveedor ni un plan de salud cubierto por las leyes de privacidad federales o estatales, la información puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y no estará protegida por esas leyes. Si la información divulgada en virtud de esta autorización incluye VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, pruebas genéticas, y el diagnóstico de toxicomanía/alcoholismo, tratamiento o información de referencia, la ley y las regulaciones federales, incluida la Parte 2 del Título 42 y las Partes 160 y 164 del Título 445 del Código de Regulaciones Federales o la ley estatal, pueden impedir que el destinatario vuelva a divulgar esta información. 2. Podría negarme a firmar esta autorización. Mi rechazo no afectará negativamente mi capacidad para recibir tratamiento, inscribirme en un plan de salud, ser elegible para recibir beneficios u obtener el pago de los servicios a menos que esta autorización se solicite para fines de tratamiento relacionados con investigación, para determinar mi elegibilidad o inscripción en un plan, para determinaciones de riesgo o suscripción, o si los servicios relacionados con la información a divulgarse se realizan únicamente con el fin de proporcionar esa información a otra persona. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación al Departamento de Gestión de la Información de Salud/Expedientes Médicos de la entidad nombrada anteriormente con su formulario designado. Sin embargo, dicha revocación no se aplicará a ninguna actividad emprendida con base en esta autorización. El aviso conjunto de prácticas de privacidad de PeaceHealth también describe cómo revocar esta autorización. 4. Recibí una copia de esta autorización. Puedo inspeccionar o solicitar copias de la información divulgada en función de esta autorización.		
Fechas	<b>A menos que se revoque, esta autorización es válida por 90 días a partir de la fecha de firma a continuación o durante el siguiente periodo.</b> Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización (vencimiento): _____ (En el estado de Washington, la fecha de vencimiento no puede ser posterior a 1 año después de la firma de esta autorización si la divulgación es a un empleador o una institución financiera).		
Firma	<b>FIRMA:</b> He leído y entiendo esta autorización. _____ Firma del paciente o representante personal                      Relación con el paciente                      Fecha *De ser el representante personal del paciente, es posible que deba proporcionar la documentación adecuada para demostrar su capacidad para actuar en nombre del paciente (por ejemplo, poder notarial, certificado de defunción, orden judicial)		
For PeaceHealth Use Only	Date Received: _____ MRUN # _____ Acct # _____ <input type="checkbox"/> Identity and authority verified <input type="checkbox"/> Fees explained if needed <input type="checkbox"/> Records sent by _____ Date/Time: _____		

No escriba en el recuadro:



Release of Information    SYS1020-S (11/30/21)

Authorization