

<b>Paciente</b>	Nombre del paciente: _____ Expediente médico No: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono #: _____ SS#: _____		
<b>De</b>	Autorizo a: <input type="checkbox"/> PeaceHealth u <input type="checkbox"/> Otro organismo (nombre y dirección de la parte que divulga la información): _____ _____ _____ (Facility Address Stamp)		
<b>A</b>	A usar y/o divulgar una copia de la siguiente información sobre la salud del paciente cuyo nombre figura arriba. La información sobre la salud del paciente será <i>recibida</i> y utilizada por. <input type="checkbox"/> PeaceHealth <input type="checkbox"/> esta otra entidad (nombre y dirección del recipiente): _____ _____ _____ (Facility Address Stamp)		
<b>Propósito</b>	Para el propósito de: <input type="checkbox"/> Por solicitud del paciente, representante legal o persona autorizada <input type="checkbox"/> Otro propósito(s) (especifique cada uno): _____		
<b>Información que será divulgada</b>	Descripción o carácter de la información a utilizar y/o divulgar ( <i>marque lo que aplica a su situación</i> ) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Historia clínica y exámenes físicos  <input type="checkbox"/> Consultas  <input type="checkbox"/> Informes pre y post operatorios  <input type="checkbox"/> Notas médicas de evolución  <input type="checkbox"/> Notas de enfermería  <input type="checkbox"/> Notas del consultorio del médico clínico  <input type="checkbox"/> Informes de patología  <input type="checkbox"/> Informes de radiología e imágenes  <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio  <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas (EKG) e informes cardiológicos  <input type="checkbox"/> Registros para las siguientes fechas o tratamiento: _____  <input type="checkbox"/> Otra información (especifique): _____  <input type="checkbox"/> <b>Todos los registros de salud de la entidad mencionada anteriormente (Excluye la información con protección especial mencionada anteriormente a menos que se hayan marcado los campos)</b> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Información con protección especial:</b>  <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento de salud mental.  <input type="checkbox"/> Registros de diagnóstico, tratamiento y remisión de abuso de drogas/alcohol.  <input type="checkbox"/> Información sobre: SIDA / enfermedades de transmisión sexual.  <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas (Oregon)  <input type="checkbox"/> Registros del departamento de emergencias  <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos  <input type="checkbox"/> Estados de cuenta                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Historia clínica y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Informes pre y post operatorios <input type="checkbox"/> Notas médicas de evolución <input type="checkbox"/> Notas de enfermería <input type="checkbox"/> Notas del consultorio del médico clínico <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Informes de radiología e imágenes <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas (EKG) e informes cardiológicos <input type="checkbox"/> Registros para las siguientes fechas o tratamiento: _____ <input type="checkbox"/> Otra información (especifique): _____ <input type="checkbox"/> <b>Todos los registros de salud de la entidad mencionada anteriormente (Excluye la información con protección especial mencionada anteriormente a menos que se hayan marcado los campos)</b>	<b>Información con protección especial:</b> <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento de salud mental. <input type="checkbox"/> Registros de diagnóstico, tratamiento y remisión de abuso de drogas/alcohol. <input type="checkbox"/> Información sobre: SIDA / enfermedades de transmisión sexual. <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas (Oregon) <input type="checkbox"/> Registros del departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos <input type="checkbox"/> Estados de cuenta
<input type="checkbox"/> Historia clínica y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Informes pre y post operatorios <input type="checkbox"/> Notas médicas de evolución <input type="checkbox"/> Notas de enfermería <input type="checkbox"/> Notas del consultorio del médico clínico <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Informes de radiología e imágenes <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas (EKG) e informes cardiológicos <input type="checkbox"/> Registros para las siguientes fechas o tratamiento: _____ <input type="checkbox"/> Otra información (especifique): _____ <input type="checkbox"/> <b>Todos los registros de salud de la entidad mencionada anteriormente (Excluye la información con protección especial mencionada anteriormente a menos que se hayan marcado los campos)</b>	<b>Información con protección especial:</b> <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento de salud mental. <input type="checkbox"/> Registros de diagnóstico, tratamiento y remisión de abuso de drogas/alcohol. <input type="checkbox"/> Información sobre: SIDA / enfermedades de transmisión sexual. <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas (Oregon) <input type="checkbox"/> Registros del departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos <input type="checkbox"/> Estados de cuenta		
<b>Notificaciones</b>	1. Yo entiendo que, si el receptor de la información no es un plan de salud ni un proveedor de <i>servicios de salud</i> que se encuentre bajo la protección de las leyes de privacidad en el ámbito federal y estatal, entonces la información que se use, divulgue y reciba en virtud de la presente autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación, no contando ya con la protección de dichas leyes. Sin embargo, las <i>leyes federales y la regulación federales incluyendo los siguientes estatutos: CFR 42 parte 2 y CFR 45 partes 160 y 164y estatales</i> pueden limitar la divulgación posterior de información sobre SIDA/enfermedades de transmisión sexual, salud mental, pruebas genéticas, diagnóstico, tratamiento o remisión en casos de drogadicción/alcoholismo, a menos que yo autorice específicamente esa divulgación. 2. Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará de manera adversa mi aptitud para recibir tratamiento, pago de los servicios, inscripción en un plan de salud ni mi acceso a beneficios, excepto en caso de que se necesite contar con la presente autorización para un tratamiento relacionado con investigación, para determinar mi elegibilidad o inscripción en un plan de salud, para determinar seguros o riesgos, o si los servicios sólo tienen como fin proveer información sobre salud a un tercero. 3. Puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, notificando al departamento de administración de información sobre salud/ expedientes clínicos en el formulario diseñado para tal efecto, excepto en el caso de que ya se haya actuado sobre la base de la presente autorización. La notificación conjunta sobre prácticas de privacidad de PeaceHealth también explica cómo puede revocarse la presente autorización. 4. He recibido copia de esta autorización. Yo puedo inspeccionar o requerir copias de la información divulgada por causa de este pedido		
<b>Duración</b>	A menos que sea revocada, la presente autorización es válida durante el siguiente período: (indicar la primera y la última fecha) <b>Desde</b> (Fecha de inicio): _____ <b>Hasta</b> (Fecha de expiración): _____ (En el estado de Washington, la fecha de caducidad expira a los 90 días después de que esta autorización ha sido firmada y puesta a disposición del empleador o de la institución financiera.)		
<b>Firma</b>	<b>FIRMA: He leído esta autorización y comprendo su contenido.</b> _____ Firma del paciente o su representante legal/personal <span style="float:right;">Fecha: _____</span> Relación con el paciente: _____		
For <b>PeaceHealth</b> Use Only: Date Received: _____ Acct. #- _____ <input type="checkbox"/> Identity and authority verified <input type="checkbox"/> Fees explained if needed <input type="checkbox"/> Records sent by: _____ Date: _____			