

Santiam Hospital & Clinics

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Domicilio		
Correo electrónico	Teléfono	Ciudad	Estado	CP

Para el paciente antes mencionado, autorizo a Santiam Hospital a divulgar la siguiente información:

- registro de información sanitaria del hospital *completo* *solo* informes expedidos por profesionales sanitarios
- registro de información sanitaria de pacientes ambulatorios *completo* lista resumida de problemas médicos de pacientes ambulatorios *únicamente*
- solo* informes sobre pruebas de diagnóstico por imagen *solo* resultados de análisis
- otros (especificar): _____

que incluye información sobre las siguientes afecciones:

- dependencia del alcohol u otros fármacos presencia de VIH y SIDA
- diagnósticos realizados a través de los resultados de pruebas genéticas enfermedad psiquiátrica

para las siguientes fechas: _____ **hasta** _____ **a la siguiente parte:**

Parte que recibirá la información	Teléfono			
Domicilio	Ciudad	Estado	CP	

con el siguiente propósito: _____

Entiendo que la presente autorización tendrá vigencia por el plazo de un año posterior a la fecha de firma y que puedo retirar mi autorización en cualquier momento, excepto en circunstancias en las que se hayan tomado medidas antes del retiro. Entiendo que si se divulga información sanitaria protegida a la parte mencionada anteriormente, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes de privacidad y pueda ser divulgada nuevamente por esa parte.

Santiam Hospital, el personal y el cuerpo médico son liberados de toda responsabilidad legal y responsabilidad por la divulgación, en la medida descrita anteriormente, de la información mencionada anteriormente.

Nombre en letra de imprenta del paciente o el representante legal _____ Relación con el paciente _____

Firma del paciente o el representante legal _____ Fecha de la firma _____

FOR OFFICE USE ONLY: signatory I.D. confirmed: Health Information Record number: _____ Service charge: _____

SOLO PARA EL RETIRO DE LA AUTORIZACIÓN: Yo, el firmante anterior, retiro la autorización para la divulgación de información sanitaria que se detalla anteriormente.

Firma del paciente o el representante legal _____ Fecha de la firma _____

1401 NORTH 10TH AVENUE / STAYTON, OREGON 97383 / PHONE (503) 769-9220 / FAX (503) 769-5312

CM PT. RIGHTS, PT. HEALTH INFO., DISCLOSURE: AUTHORIZATION FOR HEALTH INFORMATION DISCLOSURE REV. EV: 06.22