

Santiam Hospital & Clinics

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Domicilio		
Correo electrónico	Teléfono	Ciudad	Estado	CP
solo para información del pasado doce meses, marque la siguiente casilla: <input type="checkbox"/>	O incluir rango de fechas en los siguientes espacios: <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	Fecha de finalización	

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

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: 12.22