Autorización para el uso o la divulgación de información de salud protegida

Salem Health® Hospitals & Clinics

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Complete el formulario completo. Las autorizaciones incompletas no se procesarán y se devolverán para que se completen.

1.er nombre	2.do nombre	Apellido
F. de nac.	Apellido de soltera/nombres anteriores/pseudónimo/otros nombres	

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN

☐ Continuidad de la atención	☐ Registros personales	☐ Motivos legales	☐ Seguro
☐ Traslado de la atención	☐ Escuela	☐ Otro	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Los registros médicos serán divulgados **POR**

☐ Hospital de Salem
☐ Hospital de West Valley
☐ Hospital de Santiam
☐ Farmacia
☐ Clínica Médica de Salem Health _____
☐ Clínica de Especialidades de Salem Health _____
☐ Clínica de Santiam _____

☐ Otro: Nombre de Hospital/ Clínica: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Correo electrónico: _____

Los registros médicos se **ENVIARÁN A**

☐ A sí mismo
☐ Hospitales y Clínicas de Salem Health
☐ Otros: Nombre del hospital/clínica: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Correo electrónico: _____

Método de envío:
☐ Correo electrónico:
☐ Correo Postal
☐ CD
☐ Papel
☐ MyChart
☐ Fax

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA

Servicios	Rango de fechas
☐ Registros de facturación ☐ Notas de la clínica/consultorio ☐ Antecedentes/examen físico ☐ Imagenología ☐ Registro de vacunación ☐ Informes de laboratorio/patología ☐ Informes quirúrgicos ☐ Informes de radiología ☐ Informes de rehabilitación ☐ Otro (especificar):_____ _____	☐ Ultima Visita ☐ 30 Días ☐ 60 Días ☐ 6 Meses ☐ 1 Año ☐ 2 Años ☐ 5 Años ☐ 10 Años ☐ De _____ a _____

Nota: *Las solicitudes de imagenología y facturación se pueden procesar y enviar por separado.*

AUTORIZACIÓN/FIRMA

Entiendo que esta información de salud puede incluir información sobre el VIH/SIDA o información relacionada con diagnósticos o tratamientos psiquiátricos discapacidades, consumo de sustancias o pruebas genéticas. Al escribir mis iniciales a continuación, **NO** autorizo la divulgación de esta información.

Iniciales	VIH/SIDA	Iniciales	Salud mental	Iniciales	Drogas/Alcohol	Iniciales	Pruebas genéticas

1. Entiendo que la información usada o divulgada como se estipula en esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad. No obstante, entiendo que las leyes federales o estatales pueden restringir la nueva divulgación de diagnósticos relacionados con drogas/alcohol, tratamientos o remisiones, VIH/SIDA e información psiquiátrica/de salud mental
2. Entiendo que Salem Health no condicionará el tratamiento, el pago, la matriculación o la elegibilidad de mis beneficios al hecho de que firme o no esta autorización.
3. Esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que se firmó este formulario o en la siguiente fecha:

_____

4. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al funcionario a cargo de la privacidad, por escrito, en 890 Oak Street SE, Salem, OR 97301. Esta autorización dejará de estar vigente en la fecha notificada, excepto en la medida en que ya se haya tomado la decisión de confiar en ella.
5. Se le proporcionará una copia de este formulario firmado al paciente o a la persona autorizada, si se solicita.
6. Si está solicitando que se le envíe su información a usted o a otra persona por correo electrónico, reconoce y acepta los riesgos que implican transmitir y recibir su información por correo electrónico y acuerda eximir a Salem Health Hospitals and Clinics y a sus entidades relacionadas y afiliadas de toda responsabilidad que pueda causar el uso de correo electrónico para comunicarse con usted u otra persona que usted pueda haber designado para recibir correos electrónicos que incluyan su información de salud. Esto incluye, entre otros, filtraciones de confidencialidad o privacidad que pueda producirse por el uso del correo electrónico *(excepto lo requerido por ley)*.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo esta autorización, y estoy de acuerdo con tal divulgación.

Firma del paciente o representante de atención médica de pacientes	Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente	Fecha

Correo completado/formulario firmado a:
Salem Health HIM
890 Oak Street SE
Salem, OR 97301

O

Fax/correo electrónico completado/formulario firmado a:
Fax: 503-814-2728
Correo electrónico: MedicalRecords@salemhealth.org

¿Preguntas? Llame al 503-561-5750

☐ Identificación verificada por _____
☐ Llamar para retirar
☐ Registros de correo
☐ Correo electrónico verificado

DSC 424192 (11/26)