

MR# _____

Tillamook County



Land of Cheese, Trees and Ocean Breeze

EL DEPARTAMENTO DE LA SALUD DEL CONDADO DE TILLAMOOK

801 Pacific Ave, PO Box 489
Tillamook, OR 97141

Teléfono: (503) 842-3900 or 1-800-528-2938 Fax: (503) 842-3903
TTY: Oregon Relay Service 1-800-735-2900

AUTORIZACIÓN PARA USAR / DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo a: _____
(Nombre del médico / grupo de médicos)

para usar y divulgar una copia de la información específica de salud y médica descrita abajo sobre:

_____ (Nombre del paciente) _____ (Fecha de Nacimiento)

que consiste de: _____

(Describa la información que se va a usar / divulgar)

a: _____
(Nombre y dirección del destinatario o clase de destinatarios)

para el propósito de: _____
(Describa cada propósito o indique "a petición del individuo" si esta autorización la inicia el individuo y el individuo no suministra o decide no suministrar una manifestación de propósito.)

Si la información que divulgaremos contiene información de las temas listadas abajo. Leyes acerca del uso y de la divulgación de la información pueden tener aplicación. Entiendo y estoy de acuerdo que esta información será divulgado si escribo mis **siglas** en la línea al lado del tipo de información.

_____ VIH/SIDA	_____ Información de la salud mental
_____ Información de Exámenes genéticos	_____ Diagnósis, tratamiento i información de los traslados por el uso de las drogas/alcohol

He revisado y entiendo esta Autorización puede llegar a ser divulgada nuevamete por el destinatario y ya no estará protegida debajo la ley federal. Sin embargo entiendo también que leyes federales o estatales pueden restringir la divugación de nuevo de información acerca del VIH/SIDA, salud mental, exámenes genéticos y diagnosis, tratamiento o traslados por el uso de drogas/alcohol.

Su cuidado medico y el pago por dicho cuidado no esta condicionado al recibo de esta Autorización firmada a menos que su tratamiento sea para propósitos de:

- (1) Crear información médica sodre usted para ser divulgada a un tercer; o
- (2) Para propósitos de investigación.

Usted tiene derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, con tal de que lo haga por escrito. Si usted revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por las razones cobijadas bajo su autorización escrita, pero no podemos anular los usos o divulgaciones que ya se hayan hecho con su permiso. Para revocar esta Autorización, mande una declaración escrita a _____ (persona de contacto) : _____ (dirección del medico o de la práctica) que identifique la fecha en que usted firmó esta autorización, el destinatario de la información identificada en esta autorización, e indique que usted está revocando esta autorización.

Esta autorización se vencerá el _____ (fecha), o 180 dias de la fecha de haberla firmado, o al final del period razonable necesario para cumplir la divulgación para los propósitos descritos arriba.

Yo he leído y entiendo esta autorización.

Por: _____
Paciente / Representante del paciente

Fecha: _____

Descripción de la Autoridad del Represtante: _____