

AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE PARA FACILITAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac.: _____

Autorizo a: **Mid-Columbia Medical Center**
 1700 E. 19th Street
 The Dalles, OR 97058
 Fax: (541) 296-7617

Mid-Columbia Outpatient Clinics
 Clinicas o Proveedor: _____
 Phone: _____
 Fax: _____

Información puede ser: Facilitada a Recibida de

Entidad/Persona _____ Núm. de Tel. _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

La información se usará en mi nombre para el siguiente objetivo: _____

Facílitense los expedientes en formato electrónico, cuando sea posible: __ memoria USB __ Mychart

<p>Información a ser facilitada:</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de Alta</p> <p><input type="checkbox"/> Historia Clínica y Examen Físico</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de Gabinete <input type="checkbox"/> Cd de imagen</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de la Sala de Urgencias</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de Patología/Laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Notas Clínicas</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p> <p>Fechas de Tratamiento: _____</p>	<p>Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo la facilitación de la siguiente información:</p> <p>() Información relacionada con el VIH/SIDA</p> <p>() Información de salud mental</p> <p>() Información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o remisión para problemas de drogas y alcohol</p> <p>() Información relacionada con el análisis genético</p> <p>Rango de Fechas: _____</p>
---	---

- Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente a los 180 días a partir de la fecha de mi firma o el _____.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentarla a Mid-Columbia Medical Center Medical Record Department (servicio de archivo clínico), 1700 E. 19th Street, The Dalles, Oregon 97058. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido facilitada en conformidad con esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros médicos cuando la ley le otorga a dicha compañía aseguradora el derecho a disputar una reclamación según mi póliza.
- Entiendo que la información usada o facilitada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva facilitación y ya no gozará de protección según las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden limitar una nueva facilitación de información relacionada con el VIH/SIDA; la salud mental; y información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, o remisión para problemas de drogas y alcohol.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para asegurar la atención médica, el pago, la inscripción en mi plan de salud o para reunir los requisitos para subsidios.
- Entiendo que la clínica antes mencionada es parte de Mid-Columbia Medical Center o Outpatient Clinics, y, al firmar esta autorización, se pueden enviar expedientes de cualquiera de las clínicas.
- Entiendo que, después de haberla firmado, se me facilitará una copia de esta autorización.
- Me han informado de la posibilidad de que haya una tarifa para proporcionar esta información. _____(iniciales).

Firma de Paciente o Representante Legal *Fecha* *Parentesco con Paciente*

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

Método de la entrega de información física:

____ Voy a recoger los expedientes del servicio de archivo clínico. ____ Por favor, envíe por correo los expedientes.

PATIENT AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFO
 Mid-Columbia Medical Center
 1700 E. 19th Street, The Dalles, OR 97058
 (541)296-1111



ZMC055

