



Servicios de Salud de Columbia

2370 Gable Rd. St. Helens, OR 97051

Telefono: 800-244-4870 / Fax: 503-397-1424 / Email: Contact@Columbia-Health.org

Divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

Esta divulgación autoriza a Servicios de Salud de Columbia a enviar, recibir o intercambiar verbalmente PHI con otra persona o práctica de su solicitud.

1. ¿De quién es la información de salud que está solicitando?

Nombre completo del paciente:

Fecha de nacimiento:

¿Tiene el paciente 14 años o más en la actualidad?

2. Con quien desea que compartamos la información?

Quiero que Servicios de Salud de Columbia

Envíe registros a Solicite registros a Hable sobre información de salud con
Nombre de la persona u oficina: Numero de telefono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

3. Número de fax de la persona mencionada arriba: _____

Mis registros **PUEDEN** **NO PUEDEN** Ser enviados por **FAX** (Por favor marque uno)

¿Qué tipo de información necesita intercambiar?

Información que puede publicar:

- Registros médicos actuales
 Registros médicos completos Visita(s) Especifica
 Solo salud de conducta solo medicamentos
 Solo vacunas
 Otros (laboratorios, pruebas, radiografías)

Los registros médicos actuales incluyen notas del proveedor, medicamentos, análisis de laboratorio, radiografías y vacunas por los últimos 2 años.

5. Razón por la solicitud:

6. La siguiente información protegida o información sensible sólo será divulgada si está marcada.

- Pruebas de VIH/Sida y resultados de pruebas e información conductas de alto riesgo
- Diagnostico de drogas/alcohol, tratamientos o información de referencia
- Registros de salud mental
- Discapacidades intelectuales y del desarrollo
- Pruebas genéticas

Consentimiento para divulgar PHI

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estarán protegidos por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la re-divulgación de información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o derivación de drogas/alcohol, pruebas genéticas, salud mental, VIH/SIDA y discapacidades.

Por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de la información anterior obtenida en el curso de mi atención médica. Además liberó a CHS y su personal de toda responsabilidad y de todas las reclamaciones de cualquier naturaleza relacionadas con la divulgación de la información contenida en mis registros médicos. Entiendo que dicha información no puede ser divulgada sin mi consentimiento específico.

He leído lo anterior y entiendo completamente su contenido y he hecho preguntas sobre cualquier cosa que no estaba clara y estoy satisfecho con las respuestas que he recibido. Esta autorización es válida por 90 días a partir de la fecha que se indica a continuación, a menos que sea revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en la que ya se haya tomado alguna medida. Entiendo además, que las partes que reciban estos registros no podrán divulgar la información médica a menos que se otorgue otra autorización.obtenida de mí, o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley. Una copia de esta autorización es válida como original. Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización.

Firma del cliente o agente autorizado

Fecha

Relación con el cliente

Testigo

Para revocar esta autorización, mande por escrito una declaracion al director de CHS al PO Box 995 St. Helens, OR 97051 e indique que revoca esta autorización. Si va a revocar una parte de esta versión, indique cual.

Este formulario está destinado a cumplir con los requisitos de 42 CFR 2.31 que restringe la divulgación de información relacionados con el tratamiento por abuso de drogas o alcohol a menos que lo autorice el paciente y con OAR.