

Pendleton Primary Care Clinic

1100 Southgate Ste 11
Pendleton, Oregon 97801
Teléfono: 541-966-6916 Fax: 541-228-9120

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Authorization For Release Of Protected Health Information

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____
(Patient Name) (DOB)

Teléfono: _____ Dirección: _____
(Cell #) (Address)

Por medio del presente autorizo a Pendleton Primary Care Clinic a (elija uno):

I hereby authorize Pendleton Primary Care Clinic to (choose one):

- ☐ **usar o compartir mi información protegida de salud como se indica a continuación CON:**
use or share my protected health information as follows WITH:
- ☐ **obtener mi información protegida de salud DE:**
obtain my protected health information FROM:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Autorización para la divulgación de información desde el _____ hasta el _____:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros (<i>All Records</i>) | <input type="checkbox"/> Notas/Informe de consulta (<i>Chart Notes/Report</i>) |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio (<i>Lab results</i>) | <input type="checkbox"/> Registros del hospital (<i>Hospital Records</i>) |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología (<i>Radiology Reports</i>) | <input type="checkbox"/> Otro/comentarios: _____ |

Entiendo que después de que el custodio de registros divulgue mi información médica, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, recibir pagos o mi elegibilidad para recibir beneficios, a menos que lo permita la ley. Al firmar a continuación, declaro y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizar el uso de la divulgación de información de salud protegida y que no hay reclamos u órdenes pendientes o vigentes que prohibirían, limitarían o restringirían de otro modo mi capacidad para autorizar el uso de la divulgación de esta información de salud protegida.

Nombre del paciente/representante

Firma

Fecha