



CONDADO DE MULTNOMAH
 Departamento de Salud
 División de Salud Conductual (BHD)
 209 SW 4th Avenue, Suite 520, Portland, OR 97204
 Teléfono: 503-988-8238 Fax: 503-988-4015

**Autorización para la divulgación
 de información**
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Nombre de la persona: _____ F. de nac.: _____

Autorizo a la División de Salud Conductual a intercambiar y divulgar la siguiente información con la persona/organización indicada a continuación: **Marque** todas las casillas y escriba su nombre y dirección completa:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Intercambiar información con: | Persona/Organización: _____ |
| <input type="checkbox"/> Divulgar registros de salud/medicamentos a: | Persona de contacto/Atención: _____ |
| <input type="checkbox"/> Recibir registros de salud/medicamentos de: | Dirección: _____ |
| <input type="checkbox"/> Intercambiar información oralmente con: _____ | Ciudad: _____ Estado: _____ |
| Teléfono: _____ | Código postal: _____ |
| Fax: _____ | |

Propósito: Autorizo el intercambio o divulgación de la información de salud por los siguientes motivos:

- Coordinación de la atención Tratamiento Pago Otro: _____

Información a intercambiar o divulgar:

- Toda mi información de salud
 Toda la información de mi tratamiento
 Documentos/información específica: _____

Al **marcar** los espacios que siguen a continuación, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información de salud, si dicha información existe:

- Diagnóstico, tratamiento o información de remisión por drogas/alcohol Información de pruebas genéticas
 Registros relacionados con VIH/SIDA
 Información de salud mental

Esta autorización vencerá en un (1) año o el (ingrese la fecha o evento): _____

RECONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL CLIENTE

Entiendo que un receptor puede volver a divulgar la información recibida a menos que la ley estatal/federal lo prohíba o que se requiera mi consentimiento específico. Estoy al tanto de que si el receptor vuelve a divulgar mi información, se pueden perder las protecciones de privacidad proporcionadas por ley. Entiendo que los registros de tratamientos por trastornos de consumo de sustancias pueden estar protegidos por reglamentos federales que regulan la Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos de consumo de sustancias (42 CFR Parte 2) y no se pueden volver a divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que la ley lo permita o lo exija. Si nombré un intermediario, el intermediario puede volver a divulgar mi información de trastorno por consumo de sustancias a proveedores de tratamiento verificados y puedo solicitar una lista de divulgaciones nuevas directamente al intermediario.

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento a cualquier miembro del personal de la División de Salud Conductual. Entiendo que la revocación no aplicará a información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que firmar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento, pagos, para la inscripción o elegibilidad de los beneficios.

Firma de la persona/tutor legal

Nombre en imprenta

Fecha

REVOCACIÓN: Ya no autorizo el intercambio o divulgación de mi información de salud.

Firma de la persona/tutor legal

Nombre en imprenta
Fecha/hora

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

La persona/tutor legal hizo la revocación oralmente (teléfono u otro): _____

Firma/credenciales del miembro del personal de MHASD Nombre en imprenta

Fecha/hora