Multnomah County
Health Department

Health Information Services
619 NW 6th Avenue, 9.º piso
Portland, OR 97209
Teléfono: 503-988-3997
Fax: 503-988-4088

(THIS FORM MUST BE COMPLETED BEFORE IT IS SIGNED BY THE CLIENT)

Nombre del cliente _____
Apellido Nombre Segundo nombre

también conocido como _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento _____ _____ / _____ _____ / _____ _____ _____ _____

Número de identificación _____

Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Multnomah para que le entregue expedientes de salud a:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Para el propósito de: ____continuar la atención de salud ____motivos legales ____discapacidad

____otro (especifique) _____

Mencione la información específica que se va a divulgar: _____

_____

Al **escribir mis iniciales** en los espacios que se encuentran a continuación, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información de salud, si dicha información existe:

____Información sobre el diagnóstico, tratamiento o referencias relacionada con las drogas/el alcohol

____Expedientes relacionados con el VIH, SIDA ____Información relacionada con la salud mental

____Información sobre pruebas genéticas

Esta autorización vencerá dentro de un (1) año o si ocurre el siguiente evento: _____.

Puedo revocar esta autorización por escrito al presentar mi revocación escrita ante la clínica o sitio donde recibí servicios. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado como resultado de esta autorización.

Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Negarme a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamientos o pagos ni mi elegibilidad para recibir beneficios. Puedo revisar o copiar cualquier información utilizada y/o divulgada bajo esta autorización.

Entiendo que si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención de salud o plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, la información podría divulgarse de nuevo y dejar de estar protegida por dichas normas. Sin embargo, el destinatario podría no tener permitido divulgar la información de acuerdo con las leyes federales o estatales.

Entiendo que se cobrará una cuota si estoy solicitando los expedientes para mí mismo/a o para mi abogado. No existe una cuota por enviar los expedientes a otro proveedor médico.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____ _____
Firma del representante personal Fecha Relación con el cliente

Servicios de Información de la Salud
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN