

POR FAVOR PROPORCIONE IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA. SI ESTÁ ENVIANDO POR CORREO O ENVIANDO POR FAX ESTE FORMULARIO, Y LE GUSTARÍA QUE SE LE ENVIENAN SUS REGISTROS, ENVÍE UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Bay Area Cancer Center – 1775 Thompson Road - Coos Bay, OR 97420 – 541-269-4160 FAX: 541-269-4179

Bay Area Hospital (BAH) – 1775 Thompson Road – Coos Bay, OR 97420 – 541-269-8157 FAX: 541-269-5787

Servicios de radiología del BAH – 1775 Thompson Road – Coos Bay, OR 97420 – 541-269-8090 FAX: 541-266-7823

Prefontaine Cardiovascular Clinic – 1775 Thompson Road – Coos Bay, OR 97420 – 541-266-4650 FAX: 541-266-4659

1. **Autorizo el uso o divulgación (revelación) de mi información de salud protegida según se describe a continuación.** Comprendo que si una persona o entidad que reciba la información no es proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las leyes de privacidad federales, la información descrita a continuación puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por esas reglamentaciones (Código de Reglamentaciones Federales [CFR] 45, parte 164).

2. **El Bay Area Hospital está autorizado a:** (seleccione una opción) **DIVULGAR A u** **OBTENER DE**

Nombre de las personas o institución: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax / Email _____

La siguiente información de la historia clínica de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historia clínica: _____

Fecha o plazo específicos: _____

3. **Especifique o describa la información que solicita o seleccione lo que corresponda a continuación:**

- Antecedentes y revisión física Laboratorio
 Resumen de alta Informe de radiología o de diagnóstico por imágenes
 Departamento de emergencias Radiografía
 La información pertinente Todo el organigrama

Otro: _____

Iniciales	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:
	Registros de atención por drogas o alcohol ¹
	Registros de tratamientos de salud mental
	VIH/sida
	Información de pruebas genéticas

4. El fin de esta solicitud es: (describa todos los fines). _____
5. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi derecho a recibir tratamiento o pagos o la determinación de mi elegibilidad para beneficios, a menos que lo permita la ley.
6. Comprendo que puedo inspeccionar la información divulgada conforme esta autorización o solicitar copias de esta información. Solicito que esta autorización caduque el (fecha) _____ o en caso de que (un evento) _____. Si no se especifican una fecha o un evento, esta autorización tendrá vigencia por un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha de la firma que figura al pie. Al finalizar el plazo (a menos que la revoque antes por escrito), esta autorización se revoca automáticamente. Si esta autorización es para un estudio de investigación, la autorización caducará al finalizar el estudio de investigación. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Bay Area Hospital por escrito, excepto que se hayan tomado medidas con base en esta autorización.
7. Comprendo que las leyes federales y estatales permiten al Bay Area Hospital imponer cargos de fotocopiado de la información solicitada, incluido el costo de los suministros, el trabajo y las estampillas (si se envía por correo postal). Se me informarán los cargos de fotocopiado aproximados con antelación a la recepción de las copias de mi historia clínica. La recepción de las copias de mi historia clínica no depende de mi capacidad de pagar estos cargos. El Bay Area Hospital tiene un plazo legal de 30 días para responder la solicitud de historia clínica o de 60 días si el registro no se encuentra almacenado en las instalaciones del hospital.

FIRMAS

Firma del paciente o el representante autorizado del paciente _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre en letra de imprenta del paciente o el representante autorizado del paciente _____ Relación con el paciente y autoridad para tomar decisiones por el paciente _____

¹ Esta información específica y confidencial está protegida por las normativas federales de confidencialidad (CFR 42, parte 2). La normativa federal le prohíbe realizar otras divulgaciones de esta información, a menos que esto esté expresamente permitido mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien corresponde o que esté permitido por el CFR 42, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole no es suficiente para este fin. Las normativas federales restringen el uso de la información para investigar o enjuiciar a pacientes que padecen abuso de drogas o alcohol (CFR 42, 2.32).



OFFICE USE ONLY

Date authorization received: _____

Identifiers: Medical Record # _____ SSN _____ DOB _____

Date information copied: _____

Information released by (Name): _____

Information released (cannot be more than allowed by this authorization): _____

Number of page(s) copied: _____ Charge(s)(if any): _____

Mode of release: In person via US Mail via Fax# _____ - _____ - _____

FedEx Other alternative method _____

Personal identification verified (**Do Not Record**): Driver's license Military ID Badge Other photo ID