

Autorización para el uso y divulgación de información personal

Apellido legal de la persona:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres que la persona usa:			
<input type="radio"/> ID principal / <input type="radio"/> Número de caso / <input type="radio"/> Número de Seguro Social:			
Apellido legal del representante:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	

Al firmar este formulario, autorizo al portador de registros mencionado a que divulgue la siguiente información confidencial específica sobre mí.*

DIVULGAR DESDE	
Divulgar desde un portador de registros: <i>(Por favor, ofrezca todos los detalles que pueda. Solicitar "toda la información" puede retrasar la respuesta.)</i>	
Nombre completo: <u>Oregon Health Authority</u>	Dirección: <u>500 Summer Street NE, E-86</u>
Ciudad, estado y código postal: <u>Salem, OR 97301</u>	
Dirección de correo electrónico: <u>duii.info@odhsoha.oregon.gov</u>	Número telefónico: <u>(503) 945-5964</u>
Información específica que será divulgada: <i>(Por favor, ofrezca todos los detalles que pueda. Solicitar "toda la información" puede retrasar la respuesta.)</i> <u>Prueba de que se han completado los servicios para trastornos por de abuso de sustancias, como lo requiere el Estatuto Revisado de Oregon 813.021.</u>	
Información especialmente protegida: <i>(Se pueden aplicar leyes adicionales relativas al uso y divulgación si la información que se divulgue contiene alguno de los tipos de registros o información que aparecen en este espacio. Comprendo que esta información no será divulgada a menos que yo, o mi representante, escribamos nuestras iniciales en el espacio que aparece junto a la información.)</i>	
VIH/SIDA:	Salud mental:
Pruebas de genética:	
Diagnóstico, tratamiento, referencias sobre uso de alcohol o drogas: _____	

DIVULGAR A	
Divulgar a: <i>(Se necesita dirección en caso de envío postal.)</i> Proveedor de servicios de DUII	
Nombre completo:	Dirección:
Ciudad, estado y código postal:	
Número telefónico:	Dirección de correo electrónico:
Propósito del uso o divulgación solicitada: <u>Prueba de que se han completado los servicios para trastornos por de abuso de sustancias, como lo requiere la Regla Administrativa de Oregon 735-070-0085.</u>	
Fecha o evento de vencimiento*:	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

*Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se indique lo contrario.

RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que hace.
- Comprendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre servicios que recibo por parte del Departamento de Recursos Humanos y la Autoridad de Salud de Oregon (*DHS y OHA, respectivamente, por sus siglas en inglés*). Comprendo lo que significa este acuerdo y apruebo que se divulgue la información que aquí se menciona.
- Comprendo que puedo anular (*cancelar*) esta autorización en cualquier momento y que dicha anulación (*cancelación*) no incluirá cualquier información que ya se haya divulgado. Cualquier persona, o representante legal autorizado a actuar en nombre suyo, que desee enviar una solicitud de cancelación debe hacerlo por escrito, a menos que se trate de información sobre el uso de alcohol y drogas. Se aceptará una notificación oral o escrita de la anulación de autorización para información sobre el uso de alcohol y drogas. Cualquier solicitud de anulación debe ser presentada a algún programa u oficina local del DHS o de la OHA.
- Comprendo que las leyes federales o estatales prohíben que se vuelva a divulgar información sobre VIH y SIDA, salud mental, diagnósticos de uso de alcohol y drogas, registros de tratamiento, información de referencias, o registros de rehabilitación vocacional, sin autorización específica.
- Comprendo que la información no sujeta a limitaciones sobre una segunda divulgación, según se especifica arriba, puede estar sujeta a segunda divulgación, y dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales.
- **Firmo esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma legal completa de la persona, o de otra persona autorizada legalmente a actuar en nombre suyo:

Relación con la persona:

Número telefónico:

Fecha:

Si una persona autorizada a actuar en nombre de otra firma el formulario de autorización, se debe presentar evidencia o documentación de la autorización para actuar en nombre de la otra persona.

No complete la sección que aparece debajo a menos que se requiera una copia fiel de la autorización original.

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA (FOR AGENCY USE ONLY)

Name of staff person (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Legal signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date if form has been copied:

Información requerida para la persona

Negarse a firmar puede:

- Provocar que el DHS y la OHA no puedan determinar la elegibilidad para programas administrados por el DHS y la OHA.
- Afectar la posibilidad de que el DHS y la OHA puedan referir y coordinar servicios con proveedores.
- Afectar la posibilidad de que la persona reciba servicios, si el propósito de este formulario es ofrecer la información necesaria para recibir servicios de salud.
- Afectar el pago de servicios si el DHS o la OHA son proveedores de, o están pagando servicios de atención médica bajo el Plan de Salud de Oregon o el Programa Medicaid, y el DHS o la OHA requieren

una autorización para obtener reembolsos.