|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente** |       |  | **Fecha de nacimiento** |       |
| **Número de identificación (si se conoce)** |       |  |

▶ **Instrucciones: Complete cada sección del formulario en su totalidad.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compartir información de** |  | **Compartir información con** |
|  |       |  |  |  |       |  |
| Nombre/Centro |  | Nombre/Centro |
|  |       |  |  |  |       |  |
| Dirección |  | Dirección |
|  |       |  |  |  |       |  |
| Ciudad/Estado/Código Postal |  | Ciudad/Estado/Código Postal |
|  |       |  |  |  |       |  |
| Teléfono |  | Teléfono |

▶ **Propósito del envío de información**

|  |
| --- |
|  |

▶ **Método de envío** (*marque SOLO 1*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  **Enviar por correo electrónico a:** |       |  |
| [ ]  **Enviar por fax a:** |       |  |
| [ ]  **Enviar por otro método a** (por ejemplo, por teléfono): |       |  |
| [ ]  **Enviar por correo postal al nombre/centro indicado anteriormente** |

▶ **Información que se compartirá**

|  |
| --- |
| Al colocar mis INICIALES junto a la información que aparece a continuación, autorizo específicamente que se compartan los siguientes registros médicos, si es que existen: |
| [ ]  **Fechas de los registros desde** |       | **a** |       | **- O [ ]  Todas las fechas de servicio disponibles** |
|  |
|  | **INICIALES** |  | **INICIALES** |  |
|  |       | Todos los registros médicos |       | Historial de vacunación |  |
|  |       | Registros de salud conductual/salud mental |       | Informes de laboratorio |  |
|  |       | Registros dentales |       | Informes de radiología |  |
|  |       | Otros (explique) |       |  |
|  |

▶ **Información que se compartirá**

|  |
| --- |
| Al colocar mis INICIALES\* junto a la información que aparece a continuación, autorizo específicamente que se utilice, comparta o reciba la siguiente información, si es que los registros existen: |
|  | **INICIALES\*** |  | **INICIALES\*** |  |
|  |       | \*\*Registros relacionados con el VIH/SIDA |       | \*\*Información sobre alcohol y drogas |
| *\*Se debe firmar con las iniciales para incluirse con otros registros. Los registros no se compartirán sin sus iniciales que especifiquen que usted ha concedido esta autorización específica para compartir información.* |

▶ **Autorización**

Mi firma indica a continuación que autorizo que se comparta la información anterior y entiendo que:

Esta autorización es voluntaria, y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito y que esta autorización expira automáticamente después de un (1) año a partir de la fecha de la firma. La cancelación no afectará ninguna información que se haya compartido antes de la cancelación. Apruebo que se comparta esta información. Entiendo que la información sobre mi caso es confidencial y está protegida por las leyes estatales y federales. Entiendo el significado de este acuerdo. Firmo por mi cuenta y no he sido presionado para hacerlo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del paciente |  | Fecha |
|  |  |  |
| Firma del representante legal/personal autorizado por la ley, si corresponde |  | Fecha |

*\*\* La información recibida en virtud de esta autorización no debe compartirse con ninguna parte no identificada en este formulario sin un consentimiento específico por escrito. Pueden aplicarse sanciones penales a la divulgación ilegal. Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) prohíben a los receptores de la información hacer cualquier otra revelación de la información sobre alcohol y drogas, y la ley estatal ORS 433.045 y el reglamento administrativo OAR 333-12-270 prohíben la revelación de la información sobre el VIH/SIDA, y las leyes ORS 659.700-659.720 prohíben la revelación de la información genética sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por dichos reglamentos. La autorización general para compartir información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito.*