AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL DE LA SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO:_____

Apellido(s) Legal del Cliente:	**Primer Nombre:**	**Inicial 2do Nombre:**	**Fecha de Nacimiento:**
Otros nombres usados por el Cliente:			

Este formulario se utiliza para divulgar la información médica protegida del cliente según lo requieran las leyes de privacidad federales y estatales. La autorización y firma permite a Los Servicios de Salud del Condado de Deschutes divulgar la información protegida de salud a una persona u organización que el cliente/tutor indique en este formulario.

REGISTROS

POSEEDOR DEL RÉCORD	**Información específica a divulgar:** *(incluya los registros médicos que se van a divulgar y un intervalo de fechas, si procede)*	**Intercambio Mutuo:***
Los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS)		☐ SÍ ☐ No

** El intercambio mutuo permite que la información se comparta entre el/los titular/es del registro y el/los receptor/es. Si selecciona "Sí", significa que aprueba el intercambio mutuo.*

Si la información contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación. Entiendo que esta información no se revelará a menos que coloque mis iniciales en el espacio junto a la información: Coloque **sus iniciales** para autorizar:

(INICIALES) _____ **Salud mental** *(excepto notas de psicoterapia)*

(INICIALES:) _____ **VIH/SIDA**

(INICIALES) _____ **Diagnóstico de alcohol/drogas, tratamiento, referencia**

(INICIALES:) _____ **Pruebas genéticas**

RECEPTOR

Divulgar a: *(Indique la persona u organización que recibirá la información. Incluya información de contacto como fax, teléfono y/o dirección.)*	**Propósito de la divulgación:** *(Motivo para divulgar la información, como la continuidad de atención, legal, agencia que ayuda al cliente, etc.)*	**Fecha de vencimiento o evento:****

***Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de firma, a menos que se especifique una fecha de vencimiento diferente anteriormente.*

RECONOCIMIENTO

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento proporcionando una solicitud por escrito a los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (comuníquese con Registros Médicos para obtener ayuda). Cualquier cancelación no afectará la información que fue divulgada antes de que mi aviso de cancelación fuera recibida por Los servicios de Salud del Condado de Deschutes.

Entiendo que la información divulgada con base en esta autorización puede ser compartida por el receptor y ya no está protegida bajo la ley federal o estatal. La información relacionada con el VIH/SIDA, la salud mental, el tratamiento del alcohol o las drogas, o la información de las pruebas genéticas no puede ser compartida otra vez sin mi autorización o según lo permita la ley federal o estatal.

Entiendo que puedo rehusar a firmar este formulario y **el Condado de Deschutes no puede negar servicios al Cliente si no firmo esta autorización.** No estoy actuando bajo presión o amenaza. Confirmo que se me ofreció una copia de este formulario. Confirmo que he revisado el escrito del Condado de Deschutes del "Aviso de Prácticas de Privacidad para el Condado de Deschutes."

Al firmar este formulario, autorizo a Los Servicios de Salud del Condado de Deschutes a divulgar información confidencial específica sobre el Cliente.

FIRMA

Firma de la persona o representante autorizado: X	**Fecha:**
Escriba el nombre de la persona que firma esta autorización	**Parentesco con el Cliente:**

Documentos completados pueden ser enviados al departamento de Registros Médicos de DCHS
a hsmedicalrecords@deschutes.org o por fax al 541-322-7567