



2111 Exchange Street
Astoria, Oregon 97103
Tel: 503-338-7528
Fax: 503-325-6841

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Objetivo: el presente formulario representa la autorización para divulgar información de salud protegida (PHI).

SECCIÓN A: datos del paciente. Su nombre: _____

Domicilio: _____

Tel.: (____) _____

Fecha Nac.: _____

SECCIÓN B:

Información de salud protegida a divulgarse

Fecha de servicio O BIEN, descripción del servicio:

- ☐ Sala de urgencias (*Emergency*) _____
- ☐ Resultados de laboratorio _____
- ☐ Datos de imágenes CD _____
- ☐ EKG/ EEG _____
- ☐ Historial y físicos _____
- ☐ Notas, progreso del paciente _____
- ☐ Reporte quirúrgico _____
- ☐ Resumen de su alta _____
- ☐ Datos, expediente clínico _____
- ☐ Terapia física _____
- ☐ Otro* _____

*. Describir aquí _____

SECCIÓN C:

☐ **Enviar datos a:** ☐ **Solicitar datos de:**

Persona / Centro / Agencia

Dirección

Cd. / Edo. / Zip

(____) (____)
Tel. Fax

Correo-e

SECCIÓN D Autorizo específicamente divulgar los siguientes (firme con sus iniciales):

- ☐ VIH / SIDA _____ (iniciales) ☐ Diagnóstico y tratamiento por alcohol o drogas _____ (iniciales)
- ☐ Diagnóstico y tratamiento por salud mental _____ (iniciales) ☐ Datos genéticos _____ (Iniciales)

FIRMA DEL PACIENTE

He tenido plena oportunidad para leer y tomar en cuenta el contenido de esta autorización. Entiendo que mediante mi firma estaré confirmando mi autorización para el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida conforme se ha aludido en este formulario.

Firma o representante del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante personal: _____

Parentesco con el paciente: _____

SECCIÓN E: Objetivo de la presente autorización

- ☐ Continuación de atención médica ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Otro: _____

LUEGO DE FIRMARLA, PUEDE RECIBIR UNA COPIA DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

PATIENT STICKER



NOTA: ESTA PÁGINA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL

Include this authorization in the individual's medical records

FOR HOSPITAL USE

Date prepared: _____ Initial: _____

Date of release: _____ ☐ Pt. Pick-Up ☐ Mailed ☐ Faxed ☐ Electronic

Verification of ID: ☐ Photo ID ☐ Person is known to me ☐ Government Credentials

Verified by: *(CMH Staff Signature)*: _____

Medical Record Number _____

PATIENT STICKER