



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: _____

PATIENT STICKER



H I P P 1

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