



Virginia Garcia Memorial  
HEALTH CENTER

# Divulgación de Información Release of Information (ROI)

P.O. Box 6149 Aloha, OR 97007  
(P) 503-359-8501 (F) 503-357-4371

Place Patient  
Label Here

**Please do not fax more than 20 pages**

---

Nombre del Paciente

Alias, Apodos, u Otros Nombres

Fecha de Nacimiento

Email

**Para la información de salud  
citado abajo yo autorizo  
Virginia García a:  
(✓ SOLAMENTE UNA CASILLA)**

- Obtener información       Entregar información  
 Cambiar (compartir) información

**Para y De:**

Nombre y Título del Proveedor Médico / Organización/ Individual

Dirección de la calle

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono

Fax

**Autorizo el intercambio  
de:**

- Información verbal con el proveedor medico/organización/individuo arriba  
citado     Registros pasados       Registros futuros

**Para propósitos de:**

- Coordinación de servicios       Uso propio       Seguridad/Legal  
 Otro (especifique):

**Y periodo de tiempo:**

- Tantas veces que sea necesario     Solamente una vez

**Información  
solicitada  
incluye:**

(Marque las  
casillas que  
aplique)

- Notas Progresivas:  últimos 3  Fechas desde: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Lista de Problemas  Atención de Salud Dental  Reportes de Rayos X/Imágenes  
 Vacunas  Reportes de Laboratorio/ Patología  Planificación Familiar Relevante  
 Lista de Medicamentos y Monitoreo de las Recetas  Consultas
- Todos los récords** (Este formulario excluye la divulgación del siguiente tipo de registros  
de salud a menos que las casillas estén marcadas a continuación)
- VIH/SIDA:** pruebas relacionadas, Resultados, o información de referencia, tratamiento  
 **Información de Exámenes Genéticos**  
 **Información de Salud Mental:** Evaluación, diagnóstico, tratamiento, progreso hasta la  
fecha, monitorización de medicamentos  
 **Diagnóstico de Alcohol y Drogas:** Evaluación, diagnóstico, tratamiento, progreso hasta  
la fecha, monitorización de medicamentos  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**YO ENTIENDO QUE:**

**RESTRICCIONES:** Si recibimos récords de otras clínicas, podrían convertirse en parte de su expediente y podrían volver a divulgarse sin ya ser protegidos por las leyes o regulaciones de la privacidad exceptuando los récords por tratamiento de Alcohol y Drogas que hayamos recibido de algún programa de tratamiento de alguna institución

**DERECHOS:** Usted no tiene que firmar este formulario y todavía puede seguir siendo atendido si no lo firma (a no ser que los servicios sean solamente para el propósito de proveer información de la salud a alguien más y su permiso sea necesario para entregar esta información). Usted puede ver o copiar cualquier información que se entregue de este formulario ROI conforme lo permita la reglamentación de VGMHC. VGMHC tiene hasta 30 días para procesar la petición de sus registros. *Si no hemos recibido sus registros, por favor contacta el Departamento de Registros Médicos a (503) 359-8501.*

**CANCELACIÓN DEL FORMULARIO:** Usted puede cancelar este ROI por escrito en cualquier momento. Todos los registros ya enviados o recibidos hechos con su permiso ya no se pueden deshacer, pero vamos a cumplir para que proceda la cancelación. Para cancelar este formulario, por favor envíe por escrito una petición al gerente de la clínica y diga que revoca esta autorización o pida el formulario de Revocación de la Autorización.

*La información divulgada está en acuerdo de esta autorización y podrá ser protegido por 45 CFR Parte 160 y sub-partes A y E o Parte 164 y aplicable a la ley estatal (ORS 179.505, 192.525).*

**He leído esta autorización, o me la han leído. Entiendo que esta autorización empieza inmediatamente y permanece en efecto hasta que termine mi cuidado con Virginia García o especifique una fecha o evento diferente aquí:** \_\_\_\_\_

Fecha/Evento

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente o Representante Legal/Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de Firma*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente/ Representante Legal /Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente (Si usted no es el paciente)*

**SOLO EMPLEADOS DE VGMHC / VGMHC STAFF ONLY**

Name of Provider or Clinician requesting records: \_\_\_\_\_

- Form is complete
- Identification of Requestor Verified
- Relationship Verified (**if not patient**)

\_\_\_\_\_  
Name of Employee Receiving ROI

\_\_\_\_\_  
Position

\_\_\_\_\_  
Clinic

Comments: \_\_\_\_\_