

Solicitud de autorización para divulgar registros médicos o información médica



1525 Echo Hollow Rd Suite A
Eugene, Oregon 97401
Teléfono: (541) 607-1430
Fax: (541) 607-1429

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Autorizo a Bethel Health Center que deje mensajes en mi correo de voz: Sí No

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ DE:

Autorizo a Bethel Health Center a que obtenga mi información médica con el propósito de coordinar la atención de:

Médico de atención primaria: _____ Especialista: _____

Terapeuta: _____ Otro: _____

La autorización de la revelación y divulgación de la información médica se aplica a: (escriba sus iniciales)

_____ Abuso de drogas _____ Alcoholismo _____ VIH/SIDA _____ Salud mental

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ A: (Marque todo lo que corresponda)

Autorizo a Bethel Health Center a discutir/compartir mi información médica protegida con:

Divulgar a:	Nombre	Registros médicos	Resultados del laboratorio	Financiera/ Facturación	Info. de citas	Toda
Escuela						
Médico						
Terapeuta						
Otro* (A)						
Otro* (B)						

*Familiar/guardián/amigo relación con usted: (A) _____ (B) _____

MIS DERECHOS/MI AUTORIZACIÓN

Comprendo que es voluntaria la autorización de divulgación de la información médica del paciente. Comprendo que no tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento o el pago. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si notifico a Bethel Health Center por escritura. Comprendo que la revocación no tendrá ningún efecto en la información que ya he utilizado o ha divulgado nuestra oficina antes de que recibieramos la intención de revocar la autorización. Esta autorización se vencerá un año después de la fecha de mi firma.

Firma del Paciente/Guardián legal/Representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente