

**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