

# AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE PARA FACILITAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

**Autorizo a:**  **Mid-Columbia Medical Center**  
 1700 E. 19<sup>th</sup> Street  
 The Dalles, OR 97058  
 Fax: (541) 296-7617

**Mid-Columbia Outpatient Clinics**  
 Clinicas o Proveedor: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

**Información puede ser:**  Facilitada a  Recibida de

Entidad/Persona \_\_\_\_\_ Núm. de Tel. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

La información se usará en mi nombre para el siguiente objetivo: \_\_\_\_\_

Facílitense los expedientes en formato electrónico, cuando sea posible: \_\_ memoria USB \_\_ Mychart

<p><b>Información a ser facilitada:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de Alta</p> <p><input type="checkbox"/> Historia Clínica y Examen Físico</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de Gabinete <input type="checkbox"/> Cd de imagen</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de la Sala de Urgencias</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de Patología/Laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Notas Clínicas</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p> <p>Fechas de Tratamiento: _____</p>	<p><b>Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo la facilitación de la siguiente información:</b></p> <p>(    ) Información relacionada con el VIH/SIDA</p> <p>(    ) Información de salud mental</p> <p>(    ) Información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o remisión para problemas de drogas y alcohol</p> <p>(    ) Información relacionada con el análisis genético</p> <p>Rango de Fechas: _____</p>
---	---

- Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente a los 180 días a partir de la fecha de mi firma o el \_\_\_\_\_.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentarla a Mid-Columbia Medical Center Medical Record Department (servicio de archivo clínico), 1700 E. 19<sup>th</sup> Street, The Dalles, Oregon 97058. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido facilitada en conformidad con esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros médicos cuando la ley le otorga a dicha compañía aseguradora el derecho a disputar una reclamación según mi póliza.
- Entiendo que la información usada o facilitada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva facilitación y ya no gozará de protección según las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden limitar una nueva facilitación de información relacionada con el VIH/SIDA; la salud mental; y información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, o remisión para problemas de drogas y alcohol.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para asegurar la atención médica, el pago, la inscripción en mi plan de salud o para reunir los requisitos para subsidios.
- Entiendo que la clínica antes mencionada es parte de Mid-Columbia Medical Center o Outpatient Clinics, y, al firmar esta autorización, se pueden enviar expedientes de cualquiera de las clínicas.
- Entiendo que, después de haberla firmado, se me facilitará una copia de esta autorización.
- Me han informado de la posibilidad de que haya una tarifa para proporcionar esta información. \_\_\_\_\_(iniciales).

\_\_\_\_\_  
*Firma de Paciente o Representante Legal* *Fecha* *Parentesco con Paciente*

Descripción de la autoridad del representante personal: \_\_\_\_\_

**Método de la entrega de información física:**

\_\_\_\_ Voy a recoger los expedientes del servicio de archivo clínico.    \_\_\_\_ Por favor, envíe por correo los expedientes.

**PATIENT AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFO**  
 Mid-Columbia Medical Center  
 1700 E. 19th Street, The Dalles, OR 97058  
 (541)296-1111



ZMC055

