

Autorización para el uso y divulgación de información personal

Reiniciar formulario	Guardar como	Imprimir	<input checked="" type="radio"/> Imprimir sin páginas de instrucción <input type="radio"/> Imprimir con páginas de instrucción incluidas	
Apellido legal de la persona:		Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres que la persona usa:				
<input type="radio"/> ID principal / <input type="radio"/> Número de caso / <input type="radio"/> Número de Seguro Social:				
Apellido legal del representante:		Nombre:	Inicial del segundo nombre:	

Al firmar este formulario, autorizo al portador de registros mencionado a que divulgue la siguiente información confidencial específica sobre mí.*

DIVULGAR DESDE		
Divulgar desde un portador de registros: <i>(Por favor, ofrezca todos los detalles que pueda. Solicitar "toda la información" puede retrasar la respuesta.)</i>		
Nombre completo:	Dirección:	
Ciudad, estado y código postal:		
Dirección de correo electrónico:	Número telefónico:	
Información específica que será divulgada: <i>(Por favor, ofrezca todos los detalles que pueda. Solicitar "toda la información" puede retrasar la respuesta.)</i>		
Información especialmente protegida: <i>(Se pueden aplicar leyes adicionales relativas al uso y divulgación si la información que se divulgue contiene alguno de los tipos de registros o información que aparecen en este espacio. Comprendo que esta información no será divulgada a menos que yo, o mi representante, escribamos nuestras iniciales en el espacio que aparece junto a la información.)</i>		
VIH/SIDA:	Salud mental:	Pruebas de genética:
Diagnóstico, tratamiento, referencias sobre uso de alcohol o drogas:		

DIVULGAR A	
Divulgar a: <i>(Se necesita dirección en caso de envío postal.)</i>	
Nombre completo:	Dirección:
Ciudad, estado y código postal:	
Número telefónico:	Dirección de correo electrónico:
Propósito del uso o divulgación solicitada:	
Fecha o evento de vencimiento*:	Intercambio mutuo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
AÑADIR otro Divulgar a sección	ELIMINAR el último Divulgar a sección

**Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se indique lo contrario.*

RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que hace.
- Comprendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre servicios que recibo por parte del Departamento de Recursos Humanos y la Autoridad de Salud de Oregon (*DHS y OHA, respectivamente, por sus siglas en inglés*). Comprendo lo que significa este acuerdo y apruebo que se divulgue la información que aquí se menciona.
- Comprendo que puedo anular (*cancelar*) esta autorización en cualquier momento y que dicha anulación (*cancelación*) no incluirá cualquier información que ya se haya divulgado. Cualquier persona, o representante legal autorizado a actuar en nombre suyo, que desee enviar una solicitud de cancelación debe hacerlo por escrito, a menos que se trate de información sobre el uso de alcohol y drogas. Se aceptará una notificación oral o escrita de la anulación de autorización para información sobre el uso de alcohol y drogas. Cualquier solicitud de anulación debe ser presentada a algún programa u oficina local del DHS o de la OHA.
- Comprendo que las leyes federales o estatales prohíben que se vuelva a divulgar información sobre VIH y SIDA, salud mental, diagnósticos de uso de alcohol y drogas, registros de tratamiento, información de referencias, o registros de rehabilitación vocacional, sin autorización específica.
- Comprendo que la información no sujeta a limitaciones sobre una segunda divulgación, según se especifica arriba, puede estar sujeta a segunda divulgación, y dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales.
- **Firmo esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma legal completa de la persona, o de otra persona autorizada legalmente a actuar en nombre suyo:

Relación con la persona:

Número telefónico:

Fecha:

Si una persona autorizada a actuar en nombre de otra firma el formulario de autorización, se debe presentar evidencia o documentación de la autorización para actuar en nombre de la otra persona.

No complete la sección que aparece debajo a menos que se requiera una copia fiel de la autorización original.

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA (FOR AGENCY USE ONLY)

Name of staff person (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Legal signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date if form has been copied:

Información requerida para la persona

Negarse a firmar puede:

- Provocar que el DHS y la OHA no puedan determinar la elegibilidad para programas administrados por el DHS y la OHA.
- Afectar la posibilidad de que el DHS y la OHA puedan referir y coordinar servicios con proveedores.
- Afectar la posibilidad de que la persona reciba servicios, si el propósito de este formulario es ofrecerla información necesaria para recibir servicios de salud.
- Afectar el pago de servicios si el DHS o la OHA son proveedores de, o están pagando servicios de atención médica bajo el Plan de Salud de Oregon o el Programa Medicaid, y el DHS o la OHA requieren una autorización para obtener reembolsos.

Mostrar páginas de instrucción

Ocultar páginas de instrucción