



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Lake District Health | Tel.: 541-947-2114 Ext. 369 | Fax: 541-947-3359

Lake Health Clinic | Tel.: 541-947-3366 Ext. 172 | Fax: 541-947-4404

Lake Specialty | Tel.: 541-947-7313 | Fax: 541-947-8109

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a _____ a divulgar una copia de mi información de salud protegida con la siguiente finalidad:

Finalidad: Continuación de la atención Seguro médico Legal Personal Otra: _____

Para: _____ Tel.: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Marque con sus iniciales a continuación los registros que se divulgarán:

_____ Resumen de visitas
(**Incluye:** Notas del proveedor, historia clínica y exploración física, informe operativo, resumen de alta hospitalaria y diagnósticos, es decir, pruebas cardíacas, de laboratorio y de radiología)

_____ Registro de la Sala de Emergencias _____ Informes de laboratorio
_____ Informes de radiología _____ Pruebas cardíacas
_____ Registros de facturación detallados _____ Otro (especifique): _____

_____ Registros correspondientes a una Fecha de Servicio específica: _____
_____ Registros correspondientes al reclamo de compensación a trabajadores por lesiones del (fecha): _____

IMPORTANTE: al marcar estos registros con sus iniciales, acepta su divulgación.

_____ Resultados de pruebas de **VIH/ITS** _____ Pruebas **genéticas**
_____ Notas/visitas relacionadas con el consumo de **drogas/alcohol** _____ Notas/visitas de **salud mental**

Fecha: _____ Firma del paciente o tutor: _____

Fecha: _____ Firma del individuo autorizado por ley: _____

Si desea que se le proporcione su información de salud protegida **de manera no segura por correo electrónico**,

debe escribir sus iniciales aquí: _____

Autorizo que se envíen mis expedientes clínicos a esta *dirección de correo electrónico*: _____

IMPORTANTE Al marcar con mis iniciales, entiendo que el correo electrónico no cifrado no se considera un medio de comunicación confidencial. Me han ofrecido un método seguro para recibir mis expedientes y he elegido recibirlos sin la protección de la codificación. Acepto renunciar a cualquier derecho de paciente que pueda tener contra Lake District Hospital, Lake Health Clinic o Lake Specialty, cualquier organización afiliada, médico o proveedores sobre cualquier información comprometida debido a fallas técnicas o a la pérdida accidental de la confidencialidad.

Si son **50 páginas** o más, la solicitud se enviará por correo a la dirección anterior.

Para uso de LHD únicamente:	Fecha en que se completó: _____
	Completado por: _____
	Proveedor: _____

Esta autorización puede ser anulada en cualquier momento. La única excepción es cuando se han tomado medidas en función de la autorización. A menos que se anule antes, este consentimiento **caducará a los 180 días** a partir de la **fecha en que se firmó** o **permanecerá en vigencia durante el periodo razonable necesario para completar la solicitud**. **La Normativa Federal, 42 CFR Parte 2, requiere una descripción de cuánta y qué tipo de información se divulgará.**