



- ❖ Joel Klein, MD
- ❖ Susan Preslar, MS-FNP
- ❖ Jill Henry, FNP

- ❖ Andi Giachetti, FNP
- ❖ Debi Robbins, PA-C

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA POR ORS 192.553

#### Autorizo publicar registros A:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Zip: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### Autorizo divulgar registros DE:

Complete Integrative Care  
3156 State St.  
Medford, OR 97504  
P: (541) 773-9772  
F: (541) 773-1113

---

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero De Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN QUE SE DARÁ A CONOCER

Nota de progreso del consultorio del medico       Informe de laboratorio  
 Informe de diagnóstico por imágenes       Informe de patología

Otros: \_\_\_\_\_

Fechas de servicio desde: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ (Tenga en cuenta que solo se liberarán los dos registros más recientes si no se especifica)

Mi información personal de salud se publicará en mi nombre para el siguiente propósito: (marque todo lo que corresponda)

Transferencia de atención       Continuidad de la atención

**Si la información que se divulgará contiene cualquier información relacionada con el VIH/SIDA, pueden aplicarse diagnósticos de salud mental o manejo de medicamentos, pruebas genéticas, diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento e información de referencia leyes adicionales relacionadas con el uso y divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información se divulgará firmando a continuación.**

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la re-divulgación de información sobre el VIH/SIDA, la información de salud mental, la información de pruebas genéticas y el diagnóstico, tratamiento o información de derivación de drogas/alcohol. El proveedor tiene hasta 30 días para publicar registros médicos de acuerdo con la ley de Oregón y la Ley de Protección de privacidad de la información de salud.

No es necesario firmar esta autorización. La negativa a firmar la autorización no afectará negativamente su capacidad para recibir servicios de atención médica o reembolso por servicios. La única circunstancia cuando la negativa a firmar significa que no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de atención médica son únicamente con el propósito de proporcionar información médica a otra persona y la autorización es necesaria para hacer la divulgación.

Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, es posible que la información descrita anteriormente ya no se utilice ni divulgue para los fines descritos en esta autorización por escrito. La única excepción es cuando una entidad cubierta ha tomado medidas en función de la autorización o la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro.

He leído esta autorización y la entiendo. A menos que se revoque, esta autorización expira cuando se liberan registros.

---

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA POR ORS 192.553

Firma del Paciente o Representante

Fecha



- ❖ Joel Klein, MD
- ❖ Susan Preslar, MS-FNP
- ❖ Jill Henry, FNP

- ❖ Andi Giachetti, FNP
- ❖ Debi Robbins, PA-C