



## AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre y dirección proveedor de asistencia médica

Para usar/divulgar información médica a:

\_\_\_\_\_  
Nombre/Oficina de Afiliación Institucional

Tillamook County District Attorney's Office  
201 Laurel Avenue  
Tillamook, OR 97141  
(503) 842-3410

\_\_\_\_\_  
Dirección

Estado vs. \_\_\_\_\_ Caso #: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha (s) de Servicio: \_\_\_\_\_

Objetivo: Víctima del crimen

Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Mes/Día/Año*

Número de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

Otros Nombres Usados: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono para dejar un mensaje: \_\_\_\_\_

Por iniciales en los espacios abajo, yo autorizo específicamente la utilización y/o divulgación de la información médica y/o registros médicos, si dicha información o registros existen sólo para el incidente y el seguimiento pertenecientes a dicho incidente que ocurrió en o acerca de \_\_\_\_\_.

*Fecha del crimen*

Especifique a continuación:

- \_\_\_ Apuntes de los gráficos de la oficina del doctor \_\_\_ Registros dentales \_\_\_ Partes médicos transcritos
- \_\_\_ Resultados de las pruebas del laboratorio \_\_\_ Registros de emergencia y urgencia
- \_\_\_ Hallazgos patológicos \_\_\_ Fotografías y videocasetes \_\_\_ Extractos de cuenta
- \_\_\_ Hallazgos de imagen diagnóstica \_\_\_ Otro/a
- \_\_\_ Por favor envíe el registro médico completo (toda la información) a los arriba mencionados receptores.

\* Hay que poner sus iniciales a lado de los siguientes artículos para que sean incluidos en el uso y/o divulgación de la información médica:

- \_\_\_ \* Prueba de VIH/SIDA o resultado de prueba y/o registros.
- \_\_\_ \* Información de la salud mental y/o registros (SOLAMENTE Oregon)
- \_\_\_ \* Información de las pruebas genéticas y/o registros (SOLAMENTE Oregon)
- \_\_\_ \* Otras enfermedades de transmisión sexual (SOLAMENTE Washington)
- \_\_\_ \* Diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencia (las regulaciones federales requieren una descripción de cuánto y qué tipo de información debe ser divulgada). Descripción: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización puede ser objeto de una nueva revelación y ya no puede estar protegida bajo la ley federal. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden restringir nuevamente la divulgación de la prueba de VIH/SIDA o la información acerca de los resultados, información sobre otras enfermedades de transmisión sexual, la información de la salud mental específicamente protegida, la información de pruebas genéticas, y la información con respeto al tratamiento diagnóstico y la referencia de drogas/alcohol.

Entiendo que la persona o entidad que estoy autorizando a usar y/o revelar la información podrá recibir una compensación para hacerlo.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener los servicios de la asistencia médica o el reembolso para los servicios a menos que la autorización sea requisito para pasarle la cuenta a mi compañía de seguros. La única circunstancia cuando la negativa a firmar indica que no recibirá los servicios de la asistencia médica es si los servicios de asistencia médica son únicamente para el fin de proporcionar información de salud a otra persona, y la autorización es necesaria para realizar dicha divulgación. Mi negativa a firmar esta autorización no afectará negativamente mi inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para beneficios de salud a menos que la información autorizada es necesaria para determinar si cumpla con los requisitos para inscribirme en el plan de salud.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida de acción se ha sido tomado en dependencia de este autorización. Si yo elijo a revocar mi autorización, la información descrito anteriormente ya no puede ser utilizada o revelada para los fines descritos en esta autorización. Menos que sea revocado antes, esta autorización se vencerá en el más temprano de un año desde la fecha de la firma o en la fecha siguiente \_\_\_\_\_.

---

Firma del Paciente

Fecha Firmado

---

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha Firmado

TO: HOSPITAL RECORDS STAFF  
PLEASE PROVIDE RECORDS WITH AN AFFIDAVIT OF AUTHENTICITY ATTACHED