

**Options Counseling and Family Services of Oregon, Inc.**  
AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

A nuestros clientes: Podemos ayudarle mejor si podemos colaborar con otras agencias que tienen información sobre usted y su familia. Al firmar este formulario, usted autoriza a la persona o la agencia mencionada abajo y a Options a intercambiar información sobre usted.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ubicación de Options: Choose an item.

Nombre de la persona/agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

*Los registros médicos, de salud mental y de uso de alcohol/drogas incluyen todos los aspectos del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Los documentos intercambiados pueden incluir, entre otros, evaluaciones, notas de servicio, planes de servicio y recomendaciones. Los registros educativos incluyen informes sobre el comportamiento y el progreso.*

**Iniciales**

- |                             |                             |   |  |
|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ Tratamiento por uso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Otro, como: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ Tratamiento, diagnóstico de VIH       | _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ Pruebas genéticas                     | _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ Servicios sociales                    | _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ Servicios de salud mental             | _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ Tratamiento médico/psiquiátrico       | _____                                      |

Todos los documentos pueden intercambiarse, a menos que yo especifique otra cosa:  Sí  No

Información que no debe incluirse: \_\_\_\_\_

Este comunicado expirará al año desde la fecha en que fue firmado a menos que yo especifique otra cosa a continuación

Evento: \_\_\_\_\_

*Entiendo que la información que se usa o divulga conforme a esta autorización puede volver a divulgarse y ya no estar protegida por las leyes federales. No obstante, también entiendo que las leyes federales y estatales pueden restringir esta divulgación posterior de información sobre VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas, y diagnóstico, tratamiento o derivación por uso de drogas/alcohol.*

*No tiene obligación de firmar esta autorización. Negarse a firmar esta autorización no afectará negativamente su posibilidad de recibir servicios o reembolsos por servicios. La única circunstancia en que negarse a firmar esta autorización significará que no recibirá servicios es cuando el único propósito del servicio en cuestión es proporcionar información de salud a un tercero y se necesita la autorización para hacer esta divulgación. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca esta autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá usarse o divulgarse para los propósitos que se describen en esta autorización escrita. Para revocar esta autorización, envíe una declaración escrita a: **ATTN: Medical Records, 1255 Pearl St., Suite 102, Eugene, OR 97401** Y TAMBIÉN indique que está revocando esta autorización.*

Paciente       Tutor  
 Padre/madre       Custodia legal

\_\_\_\_\_ Firma      \_\_\_\_\_ Fecha

Para quienes reciben información conforme a esta autorización: Esta información que se divulga a usted está protegida por leyes estatales y federales. Usted no está autorizado a divulgarla a ninguna agencia o persona que no esté indicada en este formulario sin obtener el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece esta información, a menos que otras leyes lo autoricen.