

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

Autorizo a Options Counseling and Family Services a usar y a divulgar una copia de la información de salud específica que se describe a continuación con respecto a lo siguiente:

**Nombre de la persona:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Ubicación de Options: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Si la información que se divulgará contiene cualquiera de los tipos de registro o de información que se enumeran a continuación, podrán aplicarse leyes adicionales con respecto al uso y la divulgación de la información. La información usada o divulgada en esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y podría no seguir estando protegida por las leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación. Entiendo y acepto que esta información se divulgará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente que se encuentra al lado del tipo de información.  
**Coloque sus iniciales en cada categoría de documentación que está autorizando.**

_____ Tratamiento por consumo de alcohol y drogas	_____ Tratamiento y diagnóstico de VIH
_____ Pruebas genéticas	_____ Servicios sociales
_____ Servicios de salud mental	_____ Tratamiento médico o psiquiátrico
_____ Otro, como: _____	

**Con el fin de:**  
 Legal  Coordinación del tratamiento  Otro, como \_\_\_\_\_

**Todos los documentos pueden intercambiarse**, a menos que yo especifique otra cosa:  Sí  No  
Información que no debe incluirse: \_\_\_\_\_

No tiene obligación de firmar esta autorización. Negarse a firmar esta autorización no afectará negativamente su posibilidad de recibir servicios de atención médica o reembolsos por servicios. La única circunstancia en que negarse a firmar significará que no recibirá servicios de atención médica es cuando el único fin de los servicios de atención médica es proporcionar información de salud a un tercero y se necesita la autorización para hacer esa divulgación. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá usarse o divulgarse para los propósitos que se describen en esta autorización escrita. La única excepción es cuando una entidad cubierta ha tomado medidas en función de la autorización o cuando la autorización se obtiene como una condición para otorgar la cobertura de seguro. Para revocar esta autorización, envíe una declaración escrita a: **Options Medical Records, 3500 Chad Dr. #350, Eugene OR 97408.**

**He leído esta autorización y la entiendo.** A menos que la revoque, esta autorización vencerá **un año** después de la fecha de la firma o tras la fecha o el evento aplicable, según lo indicado: \_\_\_\_\_

<b>Firma de la persona o del representante personal</b>	<b>Fecha</b>
Descripción de la autoridad del representante personal:	<input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Custodio legal
	<input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro, como: _____

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.