



AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA AMPARADA

Por la presente autorizo a Willamette Valley Community Health, a sus agentes o subsidiarias, a divulgar la información de salud personal indicada a continuación a las personas o las entidades que se especifican en este formulario.

Por favor, imprima sus respuestas en este formulario. Todas las secciones deben estar completas para esta autorización tenga validez:

NOMBRE DEL ASEGURADO CUYA INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA:

Nombre del asegurado:	
Dirección del asegurado:	
Teléfono diurno:	Fecha de nacimiento:
Número de Id. del asegurado_	

PERSONAS / ENTIDADES AUTORIZADAS A RECIBIR INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL:

Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Número de teléfono:	Número de teléfono:

TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ Y CÓMO SE USARÁ:

Autorizo a Willamette Valley Community Health a divulgar la siguiente información de salud personal que se menciona debajo a las personas / entidades indicadas a continuación:

<input type="checkbox"/> Toda la información de salud	<input type="checkbox"/> Explicación de los beneficios	<input type="checkbox"/> Registros de salud (limitado)
<input type="checkbox"/> Información sobre elegibilidad	<input type="checkbox"/> Información sobre reclamaciones	<input type="checkbox"/> Información sobre apelaciones (apelación N.º _____)
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Comprendo que si la información que se divulgará contiene uno de los tipos de registros o información que se mencionan anteriormente pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Comprendo y acepto que la siguiente información **solo** se divulgará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información:

_____ Información sobre (iniciales) VIH/SIDA	_____ Información sobre salud mental (iniciales)
---	---

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA AMPARADA

_____ Información sobre pruebas
(iniciales) genéticas

_____ Diagnóstico, tratamiento y envío a un especialista para
(iniciales) tratar problemas relacionados con drogas/alcohol

Comprendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por la legislación federal. Sin embargo, también comprendo que las leyes federales o estatales pueden restringir la nueva divulgación de información de VIH/SIDA, información sobre salud mental, información sobre pruebas genéticas e información sobre diagnóstico, tratamiento o envío a un especialista para tratar problemas relacionados con drogas/alcohol.

Al firmar este formulario autorizo el uso y la divulgación de la información de salud personal que se menciona anteriormente para el siguiente fin (**por favor, realice una lista de las limitaciones que le gustaría realizar respecto del uso de la información que se encuentra debajo**):

RECONOCIMIENTO:

Comprendo que tengo el derecho de no firmar esta autorización. La negativa a firmar esta autorización no afectará mi inscripción en un plan de salud o en la elegibilidad para los beneficios de salud.

Comprendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si cancelo esta autorización, la información que se describe anteriormente ya no será usada o divulgada por los motivos respaldados por esta autorización escrita. Todos los usos o divulgaciones realizados con antelación con mi permiso no podrán retractarse.

A menos que yo realice una cancelación, esta autorización será válida durante veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de mi firma debajo o hasta ____/____/____ (si lo desea, inserte una fecha anterior).

FIRMA:

Reconozco que he leído esta autorización y que la comprendo.

* **Firma:**

Nombre en imprenta:

Fecha:

Teléfono diurno:

*Si no soy el asegurado, soy:

Padre***

Custodio**

Apoderado legal médico**

**Si usted es el custodio o el apoderado legal médico del asegurado, adjunte la documentación legal.

*****Los niños de las siguientes edades deben firmar el formulario "Autorización para usar y divulgar la Información de salud amparada" para revelar su información de salud personal a cualquier persona o entidad:**

14 años o más - Dependencia química

15 años o más - Todas las demás condiciones médicas

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA AMPARADA

Envíe un correo a: Willamette Valley Community Health
PO BOX 5550
Salem, Oregon 97304

O envíe un fax a: 503-566-9801 Atención: Servicio de atención al cliente

¿Preguntas? Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al 503-584-2150