



Autorización para Uso y Revelación de la Información Personal

Apellido legal de la persona:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de Nacimiento:
Otros nombres utilizados por la persona:			
ID Principal	Número de Caso	Número SS:	
Apellido legal del representante:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	

Al firmar este formulario a continuación, autorizo al poseedor del registro revelar la siguiente información confidencial acerca de mí.*

REVELADO DE	
Revelado de un poseedor de registro:	
Nombre completo:	Dirección:
Ciudad, estado y código postal:	
Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono:
Información específica para ser revelada: <i>(Por favor sea lo más detallado posible. Solicitar "toda la información" podría retrasar la respuesta).</i>	
Información especialmente protegida: <i>(Leyes adicionales al uso y revelación pueden ser aplicadas si la información a ser revelada contiene cualquier clase de registros o información mencionada en esta casilla. Entiendo que esta información no será revelada a menos que yo o mi representante coloquemos nuestras iniciales en el espacio alado de la información).</i>	
VIH/SIDA: _____	Salud Mental: _____ Pruebas Genéticas: _____
Diagnósticos de alcohol/drogas, tratamiento, referido:	
REVELADO A	
Revelado a: <i>(Se requiere la dirección, si se envía por correo).</i>	
Nombre completo:	Dirección:
Ciudad, estado y código postal:	
Número de teléfono:	Correo electrónico:
Propósito del uso requerido o revelación:	
Fecha de expiración o evento*:	Intercambio Mutuo: Sí No

**Esta autorización es válida por un año desde la fecha de la firma a menos que se especifique de otra manera.*

RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

- Me dieron la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que este hace.
- Entiendo que la ley estatal y federal protegen la información sobre los servicios que he recibido de MCHD. Entiendo lo que significa este acuerdo y apruebo las revelaciones o divulgaciones indicadas.
- Entiendo que puedo revocar (*cancelar*) esta autorización en cualquier momento y el revocar (*cancelar*) no aplicará a cualquier información revelada o divulgada antes. Excepto para información de drogas y alcohol, la persona o la persona legalmente autorizada como representante está requerida a presentar la solicitud de cancelación por escrito. Será aceptada la notificación oral o por escrito de la revocación de autorización para información de drogas o alcohol. Cualquier solicitud de revocación debe ser provista a su programa local del Condado Marión.
- Entiendo que sin una autorización específica la ley federal o estatal prohíbe nuevas revelaciones de la información del VIH y SIDA, diagnóstico de salud mental, drogas y alcohol, registros de tratamientos, información de referidos o registros de rehabilitación vocacional.
- Entiendo que la información no sujeta a limitaciones o nuevas revelaciones como está indicado anteriormente puede ser sujeta a nuevas divulgaciones y no ser más protegida bajo la ley federal o estatal.
- **Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma legal completa de la persona o del representante legalmente autorizad0 para representarla:

Relación con la persona:

Número de teléfono:

Fecha:

Si una persona legalmente autorizada para representar a la persona firma el formulario de autorización, debe proveer evidencia o documentación de autoridad para representarla.

No complete la sección a continuación a menos que se requiera una copia verdadera del original.

SOLO PARA EL USO DE LA AGENCIA

Nombre de la persona del personal
(*imprenta*):

Nombre/localidad de la agencia que inicia:

Fecha:

Firma legal del personal de la agencia certificando la copia verdadera:

Si el formulario ha sido copiado, iniciales y fecha:

Información Requerida para el Cliente: Para proveer o pagar por los servicios de salud: Si el Condado Marión está actuando como un **proveedor** de los servicios del cuidado de salud o paga por esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregon o de un Programa de Medicaid, usted puede elegir no firmar este formulario. Esa elección **no le** afectará negativamente su capacidad de recibir los servicios de salud, a menos que los servicios del cuidado de salud son solamente con el propósito de proveer información de salud a alguna otra persona y la autorización es necesaria para hacer esa divulgación. (Ejemplos de esto sería valoraciones, pruebas o evaluaciones). Su elección de no firmar **puede afectar** el pago por sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso de aseguradores privados u otras agencias no gubernamentales.

Esta autorización para el uso y divulgación de información **puede ser necesaria** bajo las siguientes situaciones:

- Para determinar si es elegible para afiliarse en algún programa médico que paga por su cuidado de salud
- Para determinar si califica para otro servicio del DSH, OHA o del Departamento de Salud del Condado Marión que no actúa como proveedor de cuidado de salud

Este es un formulario voluntario. El Condado Marión no puede condicionar la provisión de tratamiento, pago o afiliación en los programas financiados de cuidado de salud pública al firmar esta autorización, excepto como está descrito anteriormente. Sin embargo, le deben dar información exacta sobre como rehusar a autorizar la divulgación de información puede negativamente afectar la determinación de elegibilidad o coordinación de servicios. Si decide no firmar, podría ser referido a un servicio único que le podría ayudar a usted y a su familia sin un intercambio de información.

Ver "información requerida" en la página 2 de esta forma. No valido sin firma en esta página