

## AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR INFORMACION MÉDICA PROTEGIDA

Por este medio autorizo Willamette Valley Community Health Inc. sus agentes o subsidiarias, a que revele información confidencial de salud del miembro indicado a las siguientes personas o entidades especificadas en esta forma.

Por favor imprima su respuesta en esta forma.

**Todas las secciones tienen que ser llenadas para que la autorización sea válida.**

### INFORMACION DEL MIEMBRO ASEGURADO:

Nombre del asegurado:	
Domicilio del asegurado:	
Número de teléfono:	Fecha de Nacimiento:
Número del miembro:	

### INDIVIDUO AUTORIZADO PARA RECIBIR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA:

Nombre:	Nombre:
Domicilio:	Domicilio:
Teléfono:	Teléfono:
Nombre:	Nombre:
Domicilio:	Domicilio:
Numero:	Numero:

### DESCRIPCION DE LA INFORMACION QUE SE REVELARA O DIVULGARA (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

Yo permito Willamette Valley Community Health, Inc. que revele el siguiente tipo de información médica protegida a las personas o entidades señalados arriba:

Registros médicos y de salud, registros dentales, explicación de beneficios, pagos de reclamaciones, estados de cuentas, registros de atención urgente o de emergencia, registros de diagnósticos por imagen, notas de el doctor, registros de laboratorio, registros de patología, registros de fisioterapia, registros del hospital (incluyendo Registros de enfermeras, y reportes de progreso), y cualquier otro tipo de información personal o medica relacionados con el propósito de esta autorización.

Comprendo que la siguiente información que se divulgara, puede tener leyes adicionales que se aplican. Comprendo que la siguiente información se divulgara solamente si firmo mis iniciales junto de los espacios del tipo de información:

\_\_\_\_\_ Información de Transmisión Sexual/VIH  
(iniciales)

\_\_\_\_\_ Información de Problemas Mentales o Psiquiátricas  
(iniciales)

\_\_\_\_\_ Información de Pruebas Genéticas  
(iniciales)

\_\_\_\_\_ Abuso de Drogas o Alcohol  
(iniciales)

## AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR INFORMACION MÉDICA PROTEGIDA

Comprendo que la información que se divulgará se encuentra protegida por la ley y que el destinatario puede volver a divulgar la misma información y que esta puede dejar de ser protegida por las mismas leyes que se aplicaron en la primera instancia. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o del Estado puede restringir nueva revelación de VIH/SIDA, información de salud mental, información de pruebas genéticas, diagnósticos de alcohol y drogas, y tratamientos o información de referencias.

Información obtenida por esta autorización será usada con el propósito definido anteriormente y será limitado por la información mínima necesaria para lograr ese propósito.

Firmando esta forma yo autorizo el uso y revelación de la información personal medica señalada anteriormente con los **siguiente propósitos** (por favor señale limitaciones para esta información):

### ACKNOWLEDGEMENT

Comprendo que tengo el derecho a no firmar esta autorización. Al no firmar esta autorización no afectará mi plan de salud o elegibilidad para beneficios de salud. Comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito cuando quiera. Si, revoco esta autorización la información señalada anteriormente no será usada o revelada por las razones cubiertas por las autorización. Cualquier uso o revelación no podrá ser regresada.

**Esta autorización será válida a menos que se revoque, por veinte cuatro (24) meses de la fecha de mi firma siguiente o hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (si prefiere señalar una fecha).**

### SIGNATURE

Reconozco que he leído y comprendido esta autorización.

\* **Firma:**

Imprima Nombre:

Teléfono:

Fecha:

\*No soy el asegurado, soy:

Padre/Madre\*\*\*     Representante Legal\*\*     Poder Notarial de Atención Medica\*\*

\*\* Por favor mande documentación señalando que es el representante legal o poder notarial de atención medica para el asegurado.

\*\*\* **Niños de las siguientes edades deben de firmar la forma "Autorización Para Revelar Información Medica" para revelar su información médica protegida información a cualquier persona o entidad:**

**14 años para arriba – Dependencias de Sustancias Químicas**

**15 años para arriba – Cualquier otra Información Medica**

Por favor mande la forma a:

Willamette Valley Community Health CCO

PO BOX 5550

Salem Oregon 97304

O mande por fax a: 503-566-9801    Aten: Servicio al Cliente