



205 N Phoenix Rd., Ste. 325 | Phoenix, Oregon 97535
P: (541) 690-1525 | F: (541) 690-1527 | MurphyCreekWellness.com

Autorización para Utilizar y Divulgar Información sobre la Salud

Nombre del Centro: _____

Para divulgar a: _____

Nombre del Proveedor Anterior _____

Nombre del destinatario _____

Dirección del Centro _____

Dirección _____

Ciudad, Estado Código postal _____

Ciudad, Estado Código postal _____

Los registros y la información acerca de:

Nombre del paciente (indique otros nombres utilizados) Número de Seguridad Social Fecha de nacimiento

Dirección _____ Número de teléfono _____

A fin de: _____

Duración: La presente autorización surtirá efecto inmediatamente y permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha desu firma, a menos que se especifique una fecha diferente aquí (Fecha).

Revocación: Esta autorización está sujeta a la revocación por escrito del paciente en cualquier momento. La revocación por escrito será efectiva una vez recibida, excepto en la medida en que la parte reveladora u otros hayan actuado en base a esta autorización.

Re-divulgación: Entiendo que el receptor no podrá seguir utilizando o divulgando legalmente la información sobre la salud a menos que se obtenga otra autorización mía o que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.

Especifique los registros: Marque la casilla, ponga sus iniciales y/o su firma para especificar el tipo de información que será revelada.

Información Médica _____ (Iniciales) Información Psiquiátrica _____ (Iniciales)

Información sobre Drogas y Alcohol _____ (Iniciales) Los resultados de una prueba de VIH _____ (Iniciales)

Registros Genéticos _____ (Iniciales)

Examen para detectar las infecciones de transmisión sexual _____ (Iniciales)

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre escrito en letra de molde: _____ Relación al paciente: _____

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.