

Authorization to Use/Disclose Protected Health Information Autorización para Usar/Divulgar Información de Salud Protegida

Patient Name
Nombre de Paciente

____/____/_____
Date of Birth MM/DD/YYYY
Fecha de Nacimiento

Address/Dirección: _____ Phone/Teléfono: _____

<p>I HEREBY AUTHORIZE (name of facility which has information) POR EL PRESENTE AUTORIZO (nombre de la instalación que tiene información)</p> <p>Provider Name/Nombre del proveedor: _____</p> <p>Facility Name/Nombre de centro Médico: _____</p> <p>Address / DIRECCIÓN: _____ _____</p> <p>Phone / telefono: _____ Fax / fax: _____</p>	<p>TO RELEASE INFORMATION/RECORDS TO (name of person or facility to receive information) PARA DIVULGAR INFORMACIÓN/REGISTROS A (nombre de la persona o centro para recibir información):</p> <p>Provider Name/Nombre del proveedor: _____</p> <p>Facility Name/Nombre de centro Médico: <u>Pacific Sage LLC</u></p> <p>Mailing Address / Dirección de envío: <u>2660 NE Highway 20 Suite 610, #524</u> <u>Bend, OR 97701</u></p> <p>Phone/telefono: <u>(541) 762-2727</u> Fax: <u>(541) 645-7243</u></p>
---	--

**Please specify the health information you authorize to be released
Por favor especifique la información de salud que autoriza que se divulgue:**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> All Medical Records
Todos los registros médicos | <input type="checkbox"/> Labs/Pathology
Laboratorios/Patología | <input type="checkbox"/> Diagnostic Imaging
Diagnóstico por Imágenes |
| <input type="checkbox"/> Immunizations/Vaccinations
Inmunizaciones/Vacunas | | <input type="checkbox"/> Billing/Insurance
Facturación/Seguros |

**Records are needed for continuity of care
Se necesitan registros para la continuidad de la atención**

If the information to be disclosed contains any of the types of records or information listed below, the laws relating to this information may apply. I understand that this information will be disclosed if I place my initials in the applicable space next to the type of information:

Si la información que se divulgará contiene cualquiera de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, pueden aplicarse las leyes relacionadas con esta información. Entiendo que esta información será divulgada si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente al lado del tipo de información:

____ HIV/AIDS Information
Información sobre VIH/SIDA

____ Mental Health Information
Información de salud mental

____ Genetic Testing/Information
Información sobre pruebas genéticas

____ Drug/Alcohol (diagnoses, treatment or referral information)
Drogas/Alcohol (diagnóstico, tratamiento o información de derivación)



Authorization to Use/Disclose Protected Health Information

Autorización para Usar/Divulgar Información de Salud Protegida

I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure and no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict redisclosure of HIV/AIDS information, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de información sobre VIH/SIDA, información sobre salud mental, información sobre pruebas genéticas e información sobre diagnóstico, tratamiento o referencias de drogas/alcohol.

Provider information: You do not need to sign this authorization. Refusal to sign the authorization will not adversely affect your ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign means you will not receive health care services is if the health care services are solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is necessary to make that disclosure.

Información del proveedor: No es necesario que firme esta autorización. Negarse a firmar la autorización no afectará negativamente su capacidad para recibir servicios de atención médica o reembolso por los servicios. La única circunstancia en la que negarse a firmar significa que usted no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de atención médica tienen como único fin proporcionar información de salud a otra persona y la autorización es necesaria para realizar esa divulgación.

You may revoke this authorization at any time. If you revoke your authorization, the information described above may no longer be used or disclosed for the purposes described in this authorization form. Any use or disclosure already made with your permission cannot be undone. To revoke, please send a written statement to Clinical Manager, Pacific Sage Primary Care at 2660 NE Highway 20 Suite 610, #524 Bend, OR 97701. Verbal revoking of authorization will not be accepted. **Unless revoked, this authorization will expire one year from signature date. I have read this authorization and I understand it:**

Puede revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá usarse ni divulgarse para los fines descritos en este formulario de autorización. Cualquier uso o divulgación ya realizado con su permiso no se puede deshacer. Para revocar, envíe una declaración por escrito al Gerente Clínico, Pacific Sage Primary Care en 2660 NE Highway 20 Suite 610, #524 Bend, OR 97701. No se aceptará la revocación verbal de la autorización. **A menos que sea revocada, esta autorización caducará un año después de la fecha de la firma. He leído esta autorización y la entiendo:**

Patient's Signature/
Firma del/de la Paciente

Date /Fecha

Authorized Representative Signature/
Firma del/de la Representante Autorizado(a)

Date/Fecha

Name of Representative/
Nombre del/de la Representante

Relationship/Relación

