

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN

Para que esta autorización sea válida todas las secciones deben de estar completas, firmada, y con la fecha de parte mía o de mi parte por un representante del personal representante.

Tratamiento y/o reembolso de servicios no pueden ser negados o dados con la condición de obtener esta autorización. Yo me puedo rehusar a firmar esta autorización.

Yo entiendo que tengo el derecho de tener una copia de este formulario de autorización.

FIRMA: La firma del paciente es requerida. Si el paciente es incapaz de firmar la autorización, un personal representante como lo es un padre, o legal guardián de un menor de edad, o alguien designado por medio de una carta de poder de salud o directriz médica del paciente puede firmar de parte del paciente. Documentos legales que demuestren que pueden firmar de parte del paciente puede que sean requeridos, antes de que la petición para obtener expedientes médicos sea procesada. Ejemplos de documentos que se aceptan incluyen: Carta de Poder Médica, Certificado de Defunción, o una Orden de la Corte.

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE:

CANCELACIÓN/ REVOCACIÓN: I puede revocar (cancelar) esta autorización por escrito en cualquier momento. La petición por escrito no aplica a la información que ya ha sido divulgada de acuerdo con esta autorización. Para cancelar esta autorización tiene que hacerlo por escrito y firmada por mí o de parte mía por medio de un representante personal. Yo debo de mandar una copia de esta autorización y de mi declaración por escrito revocando esta autorización a Samaritan Health Services, Health Information Management (HIM) Department, PO Box 2728, Corvallis, OR 97333.

DIVULGACIÓN/ RE-DIVULGACIÓN: Si la información de salud es divulgada a alguien que legalmente no se le requiere mantenerla confidencial, esta puede ser divulgada a otros y puede ya no estar protegida.

MÉTODO DE ENTREGA:

Fax: Samaritan Health solamente puede mandar un fax con la información de salud a otra instalación de salud si yo he marcado "cuidado de continuo" como el propósito de mi petición. Usted tendrá que proveer el número de teléfono en esta autorización. **MyChart:** Expediente que se mandan a la cuenta de MyChart solamente estarán disponibles para accesarlos por 90 días.

CARGOS: Cargos pueden aplicar a ciertas peticiones. No hay ningún cargo por información que se le manda a otro proveedor de cuidado de salud u organización por el cuidado continuo de un paciente. Para otro tipo de peticiones, se me avisará si hay un cargo y yo tengo que poner mis iniciales en la parte de abajo de la página uno del formulario de autorización. Cargos basados en costos razonables incluyen el costo de producir copias del expediente pedido incluyendo suministros, mano de obra, y costos de envío.

MENORES: En el estado de Oregon, los menores pueden pedir ciertos niveles de confidencialidad o consentimiento en cuanto a ciertos asuntos de salud dependiendo en la edad sin el consentimiento de los padres. Cuando un menor de edad se presenta para tratamiento que describimos ya arriba, las pólizas de Samaritan Health Services requieren que el menor de edad los autorice a divulgar esos expedientes médicos. (Referencia; ORS 109.675, 109.610, 109.640)

Información de Contacto

POR FAVOR MANDE EL/LOS FORMULARIO/S DE AUTORIZACIÓN A UNA DE LAS DIRECCIONES DE AQUÍ ABAJO.
Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda completando este formulario, por favor llame al departamento de SHS HIM

SHS HIM Corvallis
3600 NW Samaritan Drive
Corvallis, OR 97330
Phone: (541)768-5069
Fax: (541)768-6798

SHS HIM Albany
1046 Sixth Ave. SW
Albany, OR 97321
Phone: (541)812-4140
Fax: (541)812-4139

SHS HIM Lebanon
525 N. Santiam Hwy.
Lebanon, OR 97355
Phone: (541)451-7143
Fax: (541)451-7071

SHS HIM Newport
930 SW Abbey St.
Newport, OR 97635
Phone: (541)574-1813
Fax: (541)574-1836

SHS HIM Lincoln City
3043 NE 28th St.
Lincoln City, OR 97367
Phone: (541)996-7162
Fax: (541)996-7310

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Teléfono. #:** _____ **MRN (si lo sabe):** _____

Yo autorizo a Samaritan Health Services (marque la localidad): Todos o marque abajo cuál de las localidades
 Corvallis -GSRMC Albany -SAGH Lebanon -SLCH Lincoln City -SNLH Newport -SPCH Clinics
 Otro, especifique: _____

Para hacer lo siguiente: Mandar información a: Recibir Información de parte de:

Instalación/ Persona (Nombre y Apellido)	Número de Teléfono	Correo Electrónico
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Fax Number
Mande la información que recibe a: _____ (Nombre, Apellido, Departamento, y Ciudad/Pueblo)		

Para las fechas de servicio del: _____ **to:** _____

Para información relacionada con el siguiente diagnóstico o lesión: _____

Al marcar las cajas abajo, yo estoy autorizando específicamente la divulgación de los siguientes expedientes médicos, si es que tales expedientes existen:

Expedientes pertinentes (Reportes del proveedor, lista de problemas, medicamentos, vacunas, lista de alergias, análisis, radiografías, y EKG ó electrocardiogramas)

Reportes Historia médica & Exámenes físicos Consultas Resúmenes de Darle de Alta Operativo Reportes de Procedimiento

Reportes de Diagnóstico Imagnes de Radiografía Reportes de Radiografía EKG (eléctrocardiogramas) MRI (imágenes de resonancia magneta) Ultrasonidos Análisis/ Patología

Emergencia/ Expedientes de Cuidado de Urgencia Clínica/ Notas de los proveedores de las visitas en la Oficina

Expedientes de Terapias (física, ocupacional, del habla) Expediente de Vacunas

Estados de Cuenta Otro (especifique): _____

Condiciones Importantes: Al marcar las cajas de abajo y al poner sus iniciales aquí _____ (iniciales), usted está de acuerdo a divulgar lo siguiente:

Resultados de VIH Exámenes Genéticos Visitas específicas de Salud Mental Visitas Específicas de Droga/ Alcohol

Propósito de la divulgación: Cuidado Continuo Personal Escuela Legal Seguro Discapacidad
 Otro, especifique: _____

Mi formato preferido es:	Mi método preferido de entrega es:
<input type="checkbox"/> Electrónico -No tiene cargo	Los expedientes que se pidieron aparecen en MyChart
<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax (solamente para cuidado continuo)
<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Correo

- Yo entiendo que tal vez haya un cargo por proveer esta información _____ (iniciales)
- Yo entiendo que las instrucciones e información en las páginas 1 y 2 de esta autorización. A menos que yo la cancele (revoque), esta autorización se vence en _____ (fecha o evento) o 365 días a partir de la fecha en la que firmé este formulario.

Firma del Paciente o del Representante del Paciente
Nombre en letra de molde de la firma
Relación con el paciente _____ **Fecha de Firma** _____

Esta caja tiene que ser completada por SHS solamente
This box is to be completed by SHS ONLY

Date Received: _____ ID Verified

Epic Release ID: _____

Staff reviewed for completeness - Initials: _____