



Original - Chart

Authorization to Request From Non-Samaritan Health Services Care Provider

Place Patient Label Here

Autorización para Solicitar Información de Salud Personal a un Proveedor no Afiliado (non-SHS)

El objetivo de este formulario es solicitar a la organización mencionada a continuación que libere información de cuidado de salud a Samaritan Health Services con el sólo propósito de la Continuidad del Cuidado. Este formulario le permite a usted solicitar información de salud a un proveedor que no está asociado con Samaritan Health Services. El uso de la información está limitado a servicios de cuidado de salud. Para todo otro propósito, contacte al proveedor no afiliado y requiera su formulario de autorización.

La información indicada a continuación debe enviarse a Samaritan Health Services mediante: Fax Correo Medios Electrónicos

Autorizo a la organización indicada a continuación a liberar la información especificada

Organización/Persona _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número Telefónico _____ Número de Fax _____

Correo Electrónico _____

Para la oficina de Samaritan Health Services indicada a continuación:

Departamento/oficina de SHS: _____

Nombre del Departamento, Clínica, o Proveedor _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número Telefónico _____ Número de Fax _____

Información que se solicita (indique fechas desde/hasta)

Resumen del Alta _____ / _____

Registros de Emergencia/Cuidados de Urgencia _____ / _____

Historia Médica y Física _____ / _____

Inmunización _____ / _____

Laboratorio - Patología _____ / _____

Perfil de Prescripciones _____ / _____

Informe de Procedimientos / Operatorio _____ / _____

Diagnóstico Film Informe _____ / _____

Otro: _____ / _____

Información Especialmente Protegida a ser Liberada

Si la información que se va a liberar contiene alguno de los tipos de registros o información indicados a continuación, quizás corresponda aplicar leyes adicionales relativas al uso y liberación de la información. Entiendo y estoy de acuerdo en que esta información se liberará únicamente si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente al lado del tipo de información.

_____ Información relacionada a HIV/AIDS

_____ Información de salud mental de Paciente externo/ interno

_____ Información de pruebas genéticas

_____ Información de referencia, tratamiento o diagnóstico de uso de drogas /alcohol **

** Reglamento Federal (42 CFR parte 2) requiere una descripción de cuánta y qué tipo de información se liberará.

Si los espacios no se inicializan, ¡no se proporcionará la información!

Fechas desde y hasta: _____

- Este formulario no es válido a menos que sea firmado y fechado.
- Si el firmante no es el paciente, por favor indique la relación del firmante con el paciente. Una persona puede firmar por el paciente tan solo si está autorizado por la ley.
- El paciente o el representante legalmente calificado del paciente debe llenar este formulario. Por favor, si algo no está claro, haga las preguntas pertinentes.

Usted no está obligado a firmar esta autorización. El negarse a firmar la autorización no afectará adversamente los servicios de cuidado de salud que pueda recibir ni el reembolso por los servicios. Sin embargo, si usted se niega a autorizar (firmar) un pedido de proporcionar datos de salud a alguien que le está dando cuidados de salud, ese proveedor puede no estar totalmente informado de la información de su salud, lo cual puede afectar adversamente su cuidado. Se necesita su autorización para hacer este tipo de liberación.

Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no se podrá usar o liberar para los fines descritos en esta autorización escrita. Cualquier uso o liberación hechos con su autorización ya no pueden deshacerse. Para revocar esta autorización, por favor envíe una declaración escrita a Samaritan Health Services, ATTN: Health Information Management, 1046 Sixth Ave. SW, Albany OR 97321 y declare que usted está revocando dicha autorización.

Entiendo que la información usada o liberada conforme con esta autorización puede quedar sujeta a una re-liberación y no quedar ya bajo protección de las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que la leyes federales o estatales pueden restringir la re-liberación de información de HIV/AIDS, información de salud mental, información de pruebas genéticas, e información de referencia, tratamiento y diagnóstico de uso de drogas/alcohol.

He leído esta autorización y la entiendo. Esta autorización caduca a fines del año calendario siguiente a la fecha de su firma a menos que sea revocada o se especifique de alguna otra manera: (ingrese la fecha de caducidad alternativa o datos alternativos): _____

Imprima el Nombre del Registro Médico Legal del Paciente

Firma del Paciente _____ Fecha de firma _____ Firma de la persona autorizada por ley a firmar por el paciente _____ Fecha de firma _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____ Descripción de la autoridad del representante personal _____ Teléfono _____

