

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Autorizo a **Morrow County Health District** a usar y divulgar una copia de la información médica específica que se describe a continuación.

**BENEFICIARIO**

Nombre de la persona/entidad			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN**

A petición de la persona o:

**DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A DIVULGAR**

Si la información a divulgar contiene algún tipo de registro o información enumerada a continuación, se pueden aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información.

Entiendo y acepto que esta información se divulgará si coloco mis **iniciales** en el espacio correspondiente al lado del tipo de información.

Información sobre el VIH/SIDA

Información de salud mental

Información de pruebas genéticas

Diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de remisión

Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden restringir una nueva divulgación de la prueba de VIH/SIDA o la información de resultados, la información de salud mental, la información genética y el diagnóstico, tratamiento o remisión de drogas/alcohol.

Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar esta autorización no afectará negativamente mi capacidad para recibir servicios de atención médica o el reembolso de los servicios. La única circunstancia en la que la negativa a firmar significará que no recibiré servicios de salud es si estos servicios tienen el único propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización es necesaria para hacer esa divulgación.

Tengo el derecho de anular esta autorización por escrito en cualquier momento. Si anulo esta autorización, la información descrita anteriormente ya no se utilizará ni divulgará por los motivos cubiertos por esta autorización por escrito. La única excepción es cuando Morrow County Health District (MCHD) haya tomado medidas en función de la autorización, o cuando esta se haya obtenido como condición para obtener la cobertura del seguro.

Para **anular** esta autorización, envíe una declaración por escrito a:  
MCHD Medical Records, PO Box 9, Heppner, OR 97836

**He leído esta autorización y la entiendo.**

A menos que sea revocada, esta autorización **expirará** el \_\_\_\_\_  
(ingresar fecha o evento)

\_\_\_\_\_  
Firma (representante individual o personal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SI ES FIRMADO POR UN REPRESENTANTE PERSONAL EN NOMBRE DEL PACIENTE**

Relación con el paciente
Descripción de la autoridad del representante personal