

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
Hillsboro, OR 97123
www.HillsboroClinic.com
503.681.4366 (phone)
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

AUTORIZACIÓN PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a Hillsboro Clinic a usar y divulgar una copia de la información médica y de salud específica que se describe a continuación con respecto a: _____

(Nombre del paciente)

que consta de todos y cada uno de los registros médicos, incluida la facturación, a:

(Nombre del destinatario o clase de destinatarios)

(Relación del receptor con el paciente)

(Número de teléfono del destinatario)

con el propósito de coordinar la atención al paciente.

Su atención médica y el pago de esa atención médica no pueden estar condicionados a la recepción de esta Autorización firmada a menos que su atención médica o tratamiento sea con el propósito de: (1) Crear información de salud sobre usted para divulgarla a un tercero; o (2) para fines de investigación.

Tiene derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito. Si revoca su Autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por los motivos cubiertos por su Autorización por escrito, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación ya realizada con su permiso. Para revocar esta Autorización, envíe una declaración por escrito a Hillsboro Clinic que identifique la fecha en que firmó esta Autorización, el destinatario de la información identificada en esta Autorización y declare que revoca esta Autorización.

Esta autorización vencerá el _____ (fecha), 180 días a partir de la fecha de la firma, o el final del período razonablemente necesario para completar la divulgación para el propósito descrito anteriormente.

He revisado y entiendo esta autorización. También entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la ley federal.

Por: _____
(firma del paciente)

Fecha: _____

- O -

Por: _____
(firma del representante)

Fecha: _____

Descripción de la autoridad del representante: _____