



541 791 6537 tel  
541 203 7360 fax  
nemhealth.com

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR / DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E  
INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Nacido/a: \_\_\_\_\_

Otros nombres usados \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Propósito de divulgación de información:**

Continuidad de cuidado medico  Legal  Uso personal  Seguro  Incapacidad  Otro \_\_\_\_\_

**Tipos de información médica general que se divulgará:**

Notas y registros médicos (limitado a 2 años y excluye registros protegidos)

Resultados de pruebas de laboratorio - Especifique fechas: \_\_\_\_\_

Informes de imágenes: especifique fechas: \_\_\_\_\_

Informes de electrocardiograma

Registro de vacunas y medicamentos

Lista de problemas

Registros operativos

Resumen de información de salud

Otros registros o resultados de pruebas: Especifique fechas de información \_\_\_\_\_

**Autorizo la divulgación de la información designada anteriormente:**

Nombre de la instalación / persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Autorizo que la información designada anteriormente se divulgue a:**

NATURAL ELEMENS MEDICINE ATTN: Dr. Zia L. Robles Hernández,  
233 Third Ave SW, Albany OR 967321 Tel: 541-791-6537 Fax: 541-203-7360

**Caducidad de la autorización:** este permiso es válido durante 90 días a partir de la fecha de autorización

O hasta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a menos que el paciente lo revoque oralmente o por escrito en un momento anterior. Entiendo que puedo revocar esta autorización comunicándome con Natural Elements Medicine, 233 Third Ave SW, Albany OR 967321 Tel: 541-791-6537. La única excepción es cuando Natural Elements Medicine ya ha tomado medidas confiando en la autorización o cuando la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro. Si se firma para una persona mayor de 18 años, se debe presentar prueba de tutela, poder notarial o albacea.

**Divulgación y firma de autorización:**

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad de recibir servicios de atención médica o reembolso de servicios, excepto en el caso de que los servicios de atención médica tengan el único propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización es necesaria para hacer esa divulgación. Entiendo que una vez que la información se divulgue de conformidad con esta autorización, el destinatario puede volver a divulgarla sin el conocimiento o el consentimiento de Natural Elements Medicine o de mí mismo. Sin embargo, también entiendo que la ley federal del estado puede restringir la divulgación de información sobre el VIH / SIDA, información de salud mental, condiciones de drogas / alcohol o información genética.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente (o persona legalmente responsable) - relación del estado con el paciente*      *Fecha*

Esta solicitud la realiza:  paciente  destinatario

Si se divulga cualquiera de los tipos de información a continuación, se pueden aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y divulgación de la información. Al inicializar, doy mi permiso para que se divulgue esta información.

\_\_\_\_ Salud mental

\_\_\_\_ Condiciones de drogas / alcohol

\_\_\_\_ VIH / SIDA

\_\_\_\_ Información genética

La divulgación de esta información se limita a:  Periodo de tiempo \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento \_\_\_\_\_