PROactive
PHYSICAL THERAPY SPECIALISTS
1480 NE Village Street
Fairview, OR. 97024
Phone: 503-489-5007
Fax: 503-489-1650

Autorizacion para la divulgacion de informacion de Salud

Nombre: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Dia: _____ Numero de Noche: _____

Authorizo a Proactive a divulgar una copia de mi informacion de salud protegida especifica como se describe a continuacion: Nombre/Facilidad _____

Direccion: _____

Numero de Telefono _____ Numero de Fax: _____

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud mental o del comportamiento y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas.La ley estatal y federal protege la siguiente información. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue esta información.(Marque)

Si No Alcohol/diagnostico de uso de droga, tratamiento or informacion referida

Si No Informacion de HIV/AIDS-SIDA

Si No Informacion de Salud Mental

Si No Informacion de pruebas Geneticas

Proposito de Divulgacion (Marque): Record personal Legal Seguro Continuacion de Cuidado

Otros (por favor describa): _____

Informacion especifica a revelar:

_____

_____

_____

_____

Fechas del Tratamiento desde: _____ Hasta: _____ **OR** _____ Pasados, presente y records futuros

Metodo de divulgacion solicitado(Iniciales):

_____ Copia de informacion de salud protegida mandar por correo a : Direccion arriba

_____ Copia del registro a recoger; fecha de recogida: _____

_____ Envie por fax una copia de registro(Solo proveedor de atencion medica or abogado): _____

_____ Correo electronico (unsecured format, i.e. Gmail, Hotmail): _____

_____ CD

Puede solicitar que se envíe un registro electrónico, sin embargo, tenga en cuenta que el CD o el correo electrónico no cifrados no son seguros y pueden ser abiertos y leídos por terceros que no sean usted.

Al firmar esta forma de autorizacion, Yo entiendo que:

- Entiendo que puede haber una tarifa asociada con esta solicitud.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo a ProActive ATTN: Privacy Officer, 1480 NE Village Street, Fairview, OR. 97024. Sin embargo, la revocación no tendrá efecto en ninguna acción que ProActive haya tomado antes de recibir la revocación.
- 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 está protegida por las leyes federales o estatales con respecto a la privacidad de mi información de salud protegida.
- Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad pueden no estar condicionados a si firmo esta autorización.
- Esta autorización permanecerá vigente hasta que: _____ (fecha / evento / condición especificada por el paciente). Si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá noventa (90) días a partir de la fecha en que se firmó.
- Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización; Una copia de esta autorización es válida como original.

_____

Firma del paciente o representante autorizado Fecha

_____

Escriba su Nombre Completo Relacion con el Paciente