



Autorización para divulgar, compartir y usar información personal

Este formulario permite la remisión, la coordinación y la supervisión de los servicios de proveedores.

Apellido legal:	Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:		
Tipo de	Elija una opción		
Apellido legal del representante (de haberlo):	Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:	
Relación con la persona indicada anteriormente:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:		

Quando firmo este formulario, autorizo a las personas que nombro a proporcionar información personal específica sobre mí. Si respondo “sí” a “intercambio mutuo”, permito a las agencias que nombro a compartir información entre sí. Esto es para que puedan prestarme mejores servicios.

Divulgar DESDE:	
Propósito de la divulgación, el intercambio y el uso:	
Nombre de la entidad: Elija una opción	
Fecha de los expedientes: Elija una opción	De: Para:
Persona de contacto:	Dirección:
Ciudad, estado y código postal:	
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Número de fax:	Intercambio mutuo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fecha o evento de vencimiento*:	
¿Solicita que se divulgue información médica especial? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Información especialmente protegida: (Es posible que existan otras leyes relativas al uso y a la divulgación si hay un tipo de expediente o información incluida en esta casilla. Comprendo que no se divulgará ningún tipo de información, a menos que yo o mi representante incluyamos las iniciales junto a los tipos de información a continuación.)	
VIH o SIDA: _____	Salud mental: _____
Análisis genéticos: _____	
Diagnósticos, tratamiento, remisión por el consumo de drogas/alcohol: _____	
¿Existe información específica que no debe divulgarse? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

Divulgar A:
Propósito de la divulgación, el intercambio y el uso:
Nombre de la entidad: Elija una opción

Fecha de los expedientes:	Elija una opción	De:	Para:
Persona de contacto:	Dirección:		
Ciudad, estado y código postal:			
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:		
Número de fax:	Intercambio mutuo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Fecha o evento de vencimiento*:			
¿Existe información específica que no debe divulgarse? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

Su reconocimiento

- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que hace.
- Comprendo lo que significa este formulario y apruebo que se divulgue la información que aquí se menciona.
- Comprendo que las leyes federales y estatales protegen la información sobre los servicios que recibo de las entidades o personas indicadas:
 - » Agencia » Empresa » Organización » Persona
- Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha en que la firmo, a menos que se indique lo contrario.*
- Comprendo que mi representante o yo podemos cancelar esta autorización. Sin embargo, no se podrá deshacer la información que se haya compartido antes de la cancelación. Puedo cancelar de manera verbal una autorización para información sobre el consumo de drogas y alcohol. Todas las demás solicitudes de cancelación deben realizarse por escrito. Debo proporcionar las solicitudes de cancelación a la agencia, la empresa, la organización o la persona que proporciona la información.
- Comprendo que las leyes federales o estatales prohíben que se vuelva a divulgar lo siguiente, sin mi autorización o la de mi representante:
 - » Diagnóstico de consumo de drogas y alcohol » Información sobre el VIH y SIDA » Salud mental
 - » Información de remisiones » Expedientes de tratamientos » Expedientes de rehabilitación vocacional
- Comprendo que la información que no tiene restricciones sobre la segunda divulgación se puede volver a divulgar. Es posible que la información que esté sujeta a una nueva divulgación pueda dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales.
- Comprendo que es posible que alguien tenga que comunicarse conmigo con respecto a este formulario para confirmar mi identidad. Es posible que también necesiten obtener más información.
- Comprendo que la decisión de no firmar este formulario podría:
 - » Impedir que las agencias decidan si soy elegible para determinados programas.
 - » Impedir que obtenga remisiones. También puede dificultar más la coordinación de los servicios de proveedores.
 - » Afectar mi capacidad para obtener servicios médicos si es necesario compartir información.
 - » Impedir que el Plan de Salud de Oregon (OHP) o Medicaid paguen un servicio porque no tienen autorización.
- **Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma:

Nombre con letra imprenta:

Fecha:

Firma del representante legal (de haberlo):

Nombre con letra imprenta:	Fecha:
----------------------------	--------

Si firma la persona autorizada legalmente a actuar en nombre de la persona que se indica en este formulario, se debe proporcionar evidencia de su autoridad para hacerlo.

Declaración de seguridad

Este formulario puede contener su información personal. Si envía el formulario por correo electrónico, existe el riesgo de que pudiera recibirlo alguna persona que usted no desea que tenga la información. Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar el correo postal o fax.

Si tiene preguntas o desea obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese con la agencia con la que trabaja..

- *Autoridad de Salud de Oregon: 503-947-2340*
- *Departamento de Servicios Humanos de Oregon: 503-945-5600*
- *Comisión para Ciegos de Oregon: 971-673-1588*
- *Departamento de Empleo de Oregon: 800-237-3710*
- *Departamento de Educación de Oregon: 503-947-5600*
- *Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon: 503-986-2000*
- *Departamento de Justicia de Oregon: 503-378-4400*
- *Departamento de Correccionales de Oregon: 503-945-9090*
- *Correccional Juvenil de Oregon: 503-373-7205*
- *Policía Estatal de Oregon: 503-378-3720*

** Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha en que la firmo, a menos que se indique lo contrario.*

Instrucciones por sección

Cuando envíe el formulario, no es necesario que incluya las páginas de instrucción.

Crear plantillas preestablecidas

Para ahorrar tiempo, puede preestablecer la cantidad y el tipo de secciones. También puede llenar automáticamente la información de su organización, y, luego, guardar las versiones de la plantilla de este formulario para una rápida impresión. Use el campo "Plantilla" no imprimible en la esquina superior derecha del formulario y nombre la plantilla para futuras consultas.

Secciones Divulgar A y DESDE

Propósito de la divulgación, el intercambio y el uso	<ul style="list-style-type: none">• Proporcione los motivos específicos por los que es necesario divulgar, compartir y usar información.• Si la persona no desea proporcionar un motivo en este campo, la entidad que solicita puede incluir la frase "según solicitud de la persona" como el propósito por el cual la persona inicia la autorización.
Nombre de la entidad (<i>lista desplegable</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Elija una entidad en la lista desplegable.• Si la entidad no se menciona, elija "Otra (escriba aquí):" Luego, escriba el nombre de la entidad. El nombre de la entidad debe ser específico. Por ejemplo, escribir "médico" o "proveedor de servicios" no está correcto. Por favor, escriba el nombre del proveedor médico o de servicios. Cuando se trate de una persona u otro tipo de organización, como una escuela o empleador, escriba el nombre de la persona o del otro tipo de organización.
Información específica que se divulgará (<i>aparece después de seleccionar una entidad</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Elija un tipo de documento en la lista desplegable.• Si el tipo de información no se menciona, elija "Otra (escriba aquí):" y escriba una descripción. Algunos ejemplos de información específica son los siguientes:<ul style="list-style-type: none">» Evaluaciones» Planes de caso» Información financiera» Resúmenes de facturaciones de Medicaid» Reportes psicológicos» Resultados de análisis de orina» Planes de tratamiento• No marque "expediente completo", a menos que sea necesario para cumplir el propósito (<i>vea "Propósito de la divulgación, el intercambio y el uso" arriba</i>).• Use los botones para agregar o eliminar los tipos adicionales de información solicitada, de ser necesario.
Fecha de los expedientes	<ul style="list-style-type: none">• Indique el intervalo de fechas específico para los expedientes solicitados.
Fecha o evento de vencimiento	<ul style="list-style-type: none">• Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha en que la firmo, a menos que se indique lo contrario. Por ejemplo, si se indica "alta hospitalaria" o "fin del litigio".
Intercambio mutuo	<ul style="list-style-type: none">• Un "Sí" permite que se intercambie la información específica mencionada en el formulario entre el portador de los expedientes y las personas o los programas mencionados en esta autorización. El intercambio mutuo abre todos los expedientes solicitados para ser analizados entre quien solicita los expedientes y los portadores de los expedientes especificados.
¿Solicitó que se divulgue información médica especial?	<ul style="list-style-type: none">• Elegir "Sí" mostrará una sección donde se pueden indicar tipos especiales de información médica.• Marcar el espacio que aparece junto al tipo de información médica no es suficiente. Si la persona está de acuerdo con que la información sea divulgada, debe escribir las iniciales en el espacio que aparece junto a la información.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si necesita que esta sección esté visible en una copia impresa, asegúrese de elegir “Sí” antes de imprimir.
¿Existe información específica que no debe divulgarse?	<ul style="list-style-type: none"> • A “Yes” choice will display a text box where you can list specific information. • Si no debe incluirse información específica cuando se divulguen los expedientes, menciónelo aquí. • Si necesita que esta sección esté visible en una copia impresa, asegúrese de elegir “Sí” antes de imprimir.
Segunda divulgación	<ul style="list-style-type: none"> • La segunda divulgación ocurre cuando la persona que se indica en este formulario vuelve a divulgar información. • Pueden existir restricciones sobre la segunda divulgación de información liberada a través de este formulario. • Las leyes federales y estatales prohíben que se vuelva a divulgar información sobre el consumo de drogas y alcohol y el VIH/SIDA sin autorización específica.
Agregar las entidades que solicitan y que divulgan	<ul style="list-style-type: none"> • Si se necesitan varias entidades que solicitan o que divulgan, use los botones AGREGAR o ELIMINAR para agregar o eliminar más secciones “Agencia, empresa, organización o persona que divulga” antes de imprimir el formulario.

Sección Reconocimiento del cliente

Firma de la persona que se indica en este formulario o de una persona autorizada legalmente a actuar en su nombre.	<ul style="list-style-type: none"> • La persona autorizada legalmente a actuar en nombre de la persona que se indica en este formulario nunca debe firmar un formulario de autorización en blanco o incompleto.
--	--

Entidad que divulga: Documento cuándo se compartieron los expedientes.

<ul style="list-style-type: none"> • La entidad debe: <ul style="list-style-type: none"> » Conservar una copia del formulario de autorización completado, ya sea en formato electrónico o impreso, y » Respetar los programas de retención de la agencia. • Si los formularios de autorización completados se guardan en formato electrónico, se implementará un proceso para la cancelación. Si una autorización firmada posteriormente (se cancela), dicha anulación debe especificarse electrónicamente. • No use etiquetas en el formulario de autorización. • Cuando se completa correctamente, lo único necesario para procesar una divulgación es el formulario.
--