



Attn: Outside In Records
1132 SW 13th Avenue, Portland, OR 97205
Main: (503) 535-3800 ■ Records: (503) 535-3856;
FAX (503) 535-3868 ■ Email: records@outsidein.org

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Si es conocido por otro nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Email: _____

Yo autorizo a que Outside In: ☐ obtenga información ☐ divulgue información ☐ obtenga y divulgue información

Persona, proveedor médico, u institución médica

Teléfono

Fax

Dirección

Ciudad, Estado

Código postal

Yo autorizo la divulgación de:

☐ Mi ficha médica pasada

☐ Mi ficha médica de visitas futuras

☐ Intercambio verbal de mi información

Se necesita información desde _____ a _____
(Desde la fecha) (Hasta la fecha)

☐ Cuanto sea necesario ☐ Esta vez solamente

Con fines de:

☐ Planear/Coordinar Servicios

☐ Intercambio continuo de Información

☐ Asistir con una evaluación

☐ Reportar una evaluación

☐ Tratamiento/Continuidad de cuidado médico

☐ A mi petición ☐ Otra razón: _____

Al poner mis iniciales abajo, yo autorizo la divulgación de la siguiente información

Expediente clínico completo (no incluye información sobre VIH, SIDA, Drogas/Alcohol, o Salud Mental a menos que usted ponga sus iniciales abajo)

VIH/SIDA: estudios médicos, resultados, derivaciones a especialistas, y consejería

Drogas/Alcohol: evaluación, diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico y progreso hasta ahora, ficha médica, y monitoreo de medicamento, facturación, pagos, análisis de uso clínico, y coordinación de cuidados

Salud Mental: evaluación, diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico y progreso hasta ahora, ficha médica, y monitoreo de medicamento, facturación, pagos, análisis de uso clínico, y coordinación de cuidados

Provider or Patient (indicate actual records needed): ☐ Progress Notes only ☐ last 3 or ☐ from _____ to _____
☐ Problem List ☐ Medication List and Prescription Monitoring ☐ Relevant Family Planning
☐ Lab results (specify): _____ ☐ Imaging reports (specify): _____ ☐ Other:

Formato deseado (si está solicitando su ficha médica para usted mismo):

☐ Email (gratuito) ☐ Fax/envío electrónico (gratuito) ☐ CD (gratuito) ☐ Correo (costo) ☐ Copias impresas (costo)

Entiendo que puedo solicitar una anulación de este documento en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha llevado a cabo la petición encontrada aquí. Entiendo que puedo rechazar firmar esta autorización y dicho rechazo no me impide recibir servicios médicos, pago, o calificar para recibir beneficios. Para anular esta autorización se debe proveer una declaración escrita a Medical Records c/o Outside In pidiendo tal anulación. Si no es anulada, esta autorización vence (indique su preferencia) :

☐ 1 año después de firmar (ó) ☐ En la fecha indicada _____

La información divulgada en esta petición está protegida por 42 CFR Parte 2, 45 CFR Parte 160 y Sub partes A y E de Parte 164 y la ley del estado aplicable (ORS 179.505, 192.525).

Firma del Cliente o Representante Legal

Relación al cliente

Fecha

To be Completed by Outside In Staff Use Only:

Outside In Medical Records please (check only those that apply): ☐ No action required (ROI will be filed for future use)
☐ Send records indicated ☐ Request records indicated

Name of provider or clinician requesting records: _____

Check this box if records being released originate in RISE/ROSE which can only be released with specific client authorization.

☐ The records requested are protected by federal confidentiality rules (42CFR Part 2). Re-disclosure is not authorized.

Comments: _____

Accepted by: _____