



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 _____

(Desde la fecha)

a _____

(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 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

Accepted by:

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: