



HillsboroEyeClinic.com | 503-640-3708

Timothy Gard, M.D.
Garrett Scott, M.D.
Bryan Lewis, O.D.

Paul Finley, M.D.
Ross Passo, M.D.
Shauntel Steele, O.D.

Chad Goins, M.D.
Shelley Jelineo, M.D.

512 East Main St., Hillsboro, OR 97123 10690 NE Cornell Rd, Suite 112, Hillsboro, OR 97124 7305 SE Circuit Dr., Suite 132 Hillsboro, OR 97123

AUTORIZACIÓN LIMITADA DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ NSS (últimos cuatro dígitos): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Entidad solicitada para divulgar información
Hillsboro Eye Clinic, P.C.

Objeto de la solicitud

(quién estará autorizado a recibir información)

Autorizo a la entidad identificada anteriormente a divulgar o proporcionar información de salud protegida sobre mí a las personas que se enumeran a continuación.

Quiénes estarán autorizados a recibir información

(enumere la persona/entidad que recibirá su PHI):

Nombre de la persona/entidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____

Entidad solicitada para recibir información
Hillsboro Eye Clinic, P.C.

Propósito de la solicitud

(quién estará autorizado a recibir información)

Autorizo a la entidad identificada anteriormente a divulgar o proporcionar información de salud protegida sobre mí a las personas que se enumeran a continuación.

Quiénes estarán autorizados a divulgar información

(enumere la persona/entidad que divulgará su PHI):

Nombre de la persona/entidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____

Descripción de la información que se divulgará: Autorizo a la práctica a divulgar la siguiente información de salud protegida sobre mí a la entidad, persona o personas identificadas anteriormente:

Registro completo del paciente; o, marque solo aquellos elementos del registro que se divulgarán:

Rayos X

Notas de oficina

Resultados de laboratorio, Informes de patología

Informe de historial financiero
(solo los 3 años anteriores)

Registro de pruebas de VIH y enfermedades transmisibles

Registro de tratamiento de salud mental o abuso de sustancias

Ancianato, salud en el hogar, cuidados paliativos y otros registros médicos

Solo envíe lo siguiente: _____

Propósito de la divulgación (registre el propósito de la divulgación o marque la solicitud del paciente):

Solicitud del paciente

Otro (por favor especifique): _____

- Esta autorización vencerá al final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una terminación anterior. Debe renovar o enviar una nueva autorización después de la fecha de vencimiento para continuar con la autorización. Indique la fecha de vencimiento si es anterior al final del año calendario: _____
- Tiene derecho a rescindir esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a nuestro administrador de privacidad. La terminación de esta autorización entrará en vigencia mediante notificación por escrito, excepto cuando ya se haya hecho una divulgación basada en una autorización previa.
- El consultorio no condiciona la firma de esta autorización a la prestación de atención médica o tratamiento.
- No tenemos control sobre la(s) persona(s) que ha incluido en la lista para recibir su información de salud protegida. Por lo tanto, es posible que su información médica protegida divulgada bajo esta autorización ya no esté protegida por los requisitos de la Regla de Privacidad y ya no será responsabilidad de la práctica.

Firma del paciente o representante: _____ Fecha: _____

Tiene derecho a recibir una copia de las autorizaciones firmadas si lo solicita.