

Por el presente, autorizo a: (Persona o entidad que divulga su información en este lado)

I hereby authorize: (Person or entity that is releasing your information on this side)

A divulgar a: (Persona o entidad que recibe su información en este lado)

To disclose to: (Person or entity that is receiving your information on this side)

NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN REMITENTE
NAME OF SENDING PERSON/ORGANIZATION

DIRECCIÓN
STREET ADDRESS

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
CITY STATE ZIP CODE

NÚMERO DE TELÉFONO
TELEPHONE NUMBER

Mosaic Medical – Medical Records Department
600 SW Columbia Street, Suite 6210
Bend, OR 97702

Distribución:
Distribution:

- **Fax # 541-383-1883**
- **Enviar a la dirección arriba**
Mail to address above

Expedientes e información relativos a:
Records and information pertaining to:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE
FULL NAME OF PATIENT

FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

NÚMERO DEL EXPEDIENTE
MEDICAL RECORD NUMBER

TELÉFONO DE DÍA
DAYTIME PHONE NUMBER

La información divulgada será usada para el siguiente propósito:
The released information will be used for the following purpose:

Transferencia de atención médica
Transfer of Care

LISTA DE PROBLEMAS Y MEDICINAS ACTUALES
ACTIVE PROBLEM/MED LIST

TODA LA PATOLOGÍA
ALL PATHOLOGY

ARCHIVOS HOSPITALARIOS **MÁS RECIENTES**
MOST RECENT HOSPITAL RECORDS

LAS 3 ÚLTIMAS NOTAS – NOTAS DE EVALUACIÓN
LAST 3 NOTES – PROGRESS NOTES

TODAS LAS IMÁGENES
ALL IMAGING

ESTOS FORMULARIOS: DENTRO DE UN AÑO
THESE FORMS: WITHIN LAST YEAR

ÚLTIMOS 12 MESES – ANÁLISIS DE LABORATORIO
LAST 12 MONTHS – LABS

PRUEBA DEL CORAZÓN MÁS RECIENTE
MOST RECENT HEART RELATED TESTING

PODER NOTARIAL
POWER OF ATTORNEY

TESTAMENTO EN VIDA
LIVING WILL

LAS 3 ÚLTIMAS NOTAS – NOTAS DE CONSULTA
LAST 3 NOTES – CONSULT NOTES

OTRO: _____
OTHER

ÓRDENES MÉDICAS PARA EL SUSTENTO DE VIDA
POLST

ÚLTIMO CONTRATO DE NARCÓTICOS
THE LAST NARCOTICS CONTRACT

Si la información que se va a divulgar contiene alguno de los tipos de archivos o información mencionados abajo, es posible que se apliquen leyes adicionales sobre el uso y divulgación de la información. Entiendo que al poner mis iniciales en el espacio pertinente al lado del tipo de información autoriza la divulgación de esa información.

Favor de proporcionar los **ÚLTIMOS DOS AÑOS** de los siguientes archivos si el paciente marcó sus iniciales

_____ **ARCHIVOS DE SALUD MENTAL**
INICIALES AQUÍ/INITIAL HERE **MENTAL HEALTH RECORDS**

_____ **INFORMACIÓN DE PRUEBAS GENÉTICAS**
INICIALES AQUÍ/INITIAL HERE **GENETIC TESTING INFORMATION**

_____ **ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL**
INICIALES AQUÍ/INITIAL HERE **SEXUALLY-TRANSMITTED DISEASE**

If the information to be disclosed contains any of the types of records or information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply. I understand that initialing in the applicable space next to the type of information authorizes the release of that information.

*Please provide the **LAST TWO YEARS** of the following records if initialed by the patient*

_____ **ARCHIVOS DE SALUD CONDUCTUAL**
INICIALES AQUÍ/INITIAL HERE **BEHAVIORAL HEALTH RECORDS**

_____ **ARCHIVOS Y RESULTADOS DE VIH/SIDA**
INICIALES AQUÍ/INITIAL HERE **HIV/AIDS RECORDS & RESULTS**

_____ **TRATAMIENTO DE DROGAS/ALCOHOL**
INICIALES AQUÍ/INITIAL HERE **DRUG/ALCOHOL TREATMENT**

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto cuando se haya tomado una acción de conformidad con la autorización. A menos que sea revocada antes por escrito, este consentimiento vencerá 6 meses después de la fecha en que fue firmado o se mantendrá en efecto un tiempo razonable para que sea completado. Entiendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una divulgación subsecuente y ya no estar protegida bajo la ley federal. También entiendo que la ley federal o estatal puede limitar la divulgación subsecuente de información sobre el VIH/SIDA, salud mental, estudios genéticos, y diagnóstico, tratamiento o referencias de drogas/alcohol. Esta autorización debe ser escrita, fechada y firmada por el paciente o por la persona autorizada por la ley para dar autorización. Si el individuo que completa este formulario es el tutor legal, tiene custodia legal o el poder notarial del paciente, el documento legal que indica autorización debe adjuntarse a esta petición. Completar este formulario es voluntario, pero la denegación a divulgar información médica que sea necesaria puede afectar su elegibilidad para recibir servicios.

This authorization may be revoked at any time, except when action has been taken in reliance on the authorization. Unless revoked earlier in writing, this consent will expire 6 months from the date of signing or shall remain in effect for a period reasonably needed to complete the request. I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS information, mental health information, genetic testing information and drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information. This authorization must be written, dated, and signed by the patient or by the person authorized by law to give authorization. If the individual completing this form is the legal guardian, has legal custody of, or has power of attorney for the patient, the legal document indicating authorization must accompany this request. Completion of this form is voluntary. However, refusal to release necessary medical information may affect eligibility for services

Al firmar a continuación, confirmo que se me ha entregado este documento en un idioma que entiendo ya sea por escrito, o según se me ha leído en su totalidad.

By signing below, I acknowledge that this document was given to me in a language that I understand either in writing or as read to me in its entirety.

FIRMA/SIGNATURE

INDIQUE LA RELACIÓN/INDICATE RELATIONSHIP

FECHA/DATE