



CENTRO DE CONSEJERÍA FAMILIAR DE TILLAMOOK

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Actualizado 10/18/2023

SECCIÓN A: El nombre de la persona, o clase de personas, que podrán autorizar el uso o divulgación solicitados.

Yo, _____ o mi representante autorizado, autorizo a Tillamook Family Counseling Center para usar y/o divulgar mi información médica protegida como se describe en la Sección B a continuación. Entiendo que:

1. Si soy un cliente de salud mental o salud pública, mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de este uso o divulgación, y
2. Tengo derecho a una copia de esta autorización.

SECCIÓN B: Entidades autorizadas para recibir o divulgar la información de salud protegida del individuo:

Nombre o describa específicamente a las personas y/u organizaciones (o las clases de personas y/u organizaciones) a quienes esta autorizando a usar y/o divulgar la información médica protegida que se describe a continuación en la sección C:

SECCIÓN C: Información médica protegida que se usará y/o divulgará:

Describa de manera específica y significativa la información de salud protegida que está autorizando para ser utilizada o divulgada.



SECCIÓN D: Propósito del uso o divulgación:

Describa el motivo del uso o divulgación de esta información. La declaración "a pedido del individuo" es una descripción suficiente del propósito cuando inicia la autorización y no proporciona o elige no proporcionar una declaración del propósito.

SECCIÓN E: Caducidad y Revocación.

Esta autorización caducará (completar uno):

1. El ____/____/____

2. Al ocurrir el siguiente evento (que debe estar relacionado con usted o con el propósito de la divulgación que se autoriza): _____

Derecho a Revocar: entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito de mi revocación a la oficina de contacto que se indica a continuación. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que TFCC haya tomado con base en esta autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Oficina de Contacto: TFCC Secretaria de Archivos

Teléfono 503-842-8201 ext. 0 Fax: 503-815-1870

Dirección: 906 Main Ave, Tillamook, OR 97141

SECCIÓN F: Firma

Yo, _____, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, y confirmo que el contenido es consistente con las instrucciones que le di.



Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para que usted pueda usar y/o divulgar a las personas y/u organizaciones nombradas en este formulario la información de salud protegida descrita en este formulario.

Acepto el uso de firmas electrónicas para los fines de este documento.
 SÍ NO

Firma	Fecha	Fecha de nacimiento
-------	-------	---------------------

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el individuo: _____

Descripción de la autoridad para actuar de la persona: _____

SECCIÓN G: Prohibición de nueva divulgación

AVISO QUE PROHÍBE LA REDIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El destinatario de la información de salud descrita anteriormente tiene prohibido divulgar más esta información a menos que se le permita hacerlo expresamente con el consentimiento por escrito de la persona o su representante personal que autoriza su uso o divulgación. [ORS 174.505(14) y 42 C.F.R. 2.32]

En ocasiones, los registros de TFCC pueden contener registros creados por otro proveedor de atención médica. Según 42 CFR Parte 2, TFCC solo puede divulgar ambos conjuntos de registros si el cliente firma un formulario de consentimiento que autorice explícitamente tanto la divulgación de los registros de TFCC como la divulgación de los registros del otro proveedor de atención médica.