



**Autorización Para Dar Información**

Para evitar demoras y poder cumplir con su petición, por favor escriba claramente en letra de molde **Por Favor llene ambos lados**

**Yo Autorizo que se dé información DEL:**

Nombre / Dirección del lugar que contiene mi expediente

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud del Condado Benton<br>- Inmunizaciones<br>- WIC / MCH<br>- Enfermedades de Transmisión | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Benton     |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental del Condado Benton  | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Alsea      |
| <input type="checkbox"/> Programa para el Abuso de Substancias del Condado Benton   | <input type="checkbox"/> Centro de Salud East Linn  |
| <input type="checkbox"/> Dental   | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Lincoln    |
|   | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Monroe     |
|   | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Sweet Home |

**Yo Autorizo que se dé información a:**

Nombre / Dirección del lugar que recibirá la información

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud del Condado Benton<br>- Inmunizaciones<br>- WIC / MCH<br>- Enfermedades de Transmisión | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Benton     |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental del Condado Benton  | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Alsea      |
| <input type="checkbox"/> Programa para el Abuso de Substancias del Condado Benton   | <input type="checkbox"/> Centro de Salud East Linn  |
| <input type="checkbox"/> Dental   | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Lincoln    |
|   | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Monroe     |
|   | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Sweet Home |

**Servicios de Salud del Condado Benton, Salud Mental del Condado Benton y Programa para el Abuso de Substancias**  
530 N.W. 27<sup>th</sup> Street  
Corvallis, OR 97330  
Tel: 541-766-6835  
Fax: 541-766-6186

**Centro de Salud Alsea**  
435 E. Alder Street  
PO Box 229  
Alsea, OR 97324  
Phone: 541-487-7116  
Fax: 541-487-4076

**Centro de Salud East Linn**  
55 Twin Oaks Ave. #A-1  
Lebanon, OR 97355  
Tel: 541-258-3427  
Tel: 541-766-0200  
Fax: 541-766-6618

**Centro de Salud Lincoln**  
121 SE Viewmont Ave  
Corvallis, OR 97333  
Tel: 541-766-3546  
Fax: 541-766-6143

**Centro de Salud Monroe**  
610 Dragon Dr  
Monroe, OR 97456  
Tel: 541-766-6000  
Fax: 541-766-6047

**Centro de Salud Sweet Home**  
799 Long Street  
Sweet Home, OR 97386  
Phone: 541-367-3888  
Fax: 541-367-2407

**Autorización:**

Puedo revocar esta autorización presentando una carta a la clínica o sitio donde recibí los servicios. Comprendo que la revocación no aplicará a la información que ya ha sido dada en conformidad con esta autorización. Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar, esto no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pagos, ni mi elegibilidad para beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada y / o revelada bajo esta autorización.

Comprendo que si el recipiente a quien se le dio esta información bajo esta autorización no es un plan de salud ni un proveedor bajo las leyes de privacidad federales o estatales, la información puede ser revelada por el recipiente y no será protegida por esas leyes. Si la información para ser revelada bajo esta autorización incluye información de VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual, Salud Mental, diagnósticos del abuso de drogas/alcohol, tratamiento, o información sobre referidos, las leyes federales o estatales pueden prevenir al recipiente el revelar esta información. Yo he leído esta autorización, y la entiendo.

**\*Copias del comprobante de la Tutela o Custodia deben estar adjuntas**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o del Representante Personal Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo de la Firma del Menor





**Por favor escriba claramente en letra de molde**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Inicial del Segundo Nombre Primer Nombre

Otros Nombres Usados: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono durante el Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Propósito de la Petición**

- Cambiar de Doctor       Consulta con Doctor       Mudarse / Relocalizarse
- Razones Legales       Uso Personal       Otro / Por Favor Especifique: \_\_\_\_\_

**Este permiso es válido por 1 año o hasta (especifique la fecha): \_\_\_\_\_**

**Tipo de Información a Revelarse – La más reciente o el periodo de tiempo (especifique abajo)**

**Desde:** \_\_\_\_\_ **A:** \_\_\_\_\_

Ponga sus **INICIALES** en todo lo que aplique

- \_\_\_ Notas del Proveedor de oficina      \_\_\_ Inmunizaciones      \_\_\_ Laboratorio / Expediente de Radiografías
- \_\_\_ Último Anual y Papanicolaou      \_\_\_ Evaluaciones      \_\_\_ Facturas de Cobros

**Información a Revelarse – Información Especialmente Protegida**

Ponga sus **INICIALES** en todo lo que aplique

- \_\_\_ Tratamiento de Salud Mental, Evaluación, Fechas que lo/a dieron de alta
- \_\_\_ Exámenes Genéticos
- \_\_\_ Diagnósticos del Abuso de Drogas/Alcohol, Tratamiento, Referidos
- \_\_\_ Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA

Otra Información (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Deseo que mi expediente sea entregado por el siguiente medio:

- Correo       Recoger       Fax       Verbal       Electrónico