



Virginia Garcia Memorial
HEALTH CENTER

Release of Information (ROI)

P.O. Box 568 Cornelius, OR 97113
(P) 503-359-8501 (F) 503-357-4371

Patient Label Here

Nombre del Paciente: _____

Alias, Apodos, u Otros Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por favor obtenga la información médica de/ dé la información médica a:

Nombre y Título del Proveedor Médico / Nombre de la Organización/ Individuo

Dirección de la calle (o número específico de fax)

Ciudad / Estado / Código Postal (Se debe dar esta información)

SE REQUIERE: (Marcar solo una)

Doy el permiso a VGMHC para:

- Obtener (conseguir) información
- Entregar (dar) información
- Cambiar (compartir) información

Para propósitos de Atención del Paciente Uno Mismo: Records Personales Otro _____

Tipo de información:

- Records más recientes desde hace 2 años
- Todos los records
- Nota más reciente de la última consulta
- Historial y Exámenes Físicos
- Consultas
- Reportes de Laboratorio
- Reportes de Rayos X/Imágenes
- Reportes de Patología
- Vacunas
- Lista de Problemas
- Otro (especifique): _____

Records sobre las siguientes fechas o tratamiento: _____

Si los records incluyen cualquiera de los siguientes tipos de información especial indicada abajo, podrían aplicarse las leyes relacionadas con el uso y la divulgación de esta información. **Yo entiendo y estoy de acuerdo en que esta información se entregará si coloco mis iniciales en el espacio adjunto al tipo de información.**

- _____ * Información relacionada y / o records sobre VIH / SIDA
- _____ * Información de Salud Mental
- _____ * Información de Exámenes Genéticos
- _____ * Diagnóstico de Alcohol y Drogas / Tratamiento, o información de referencia

Duración: Esta autorización se iniciará inmediatamente y permanecerá en efecto hasta (fecha): _____ **O** hasta que el paciente ya no sea un paciente de VGMHC.

RESTRICCIONES: Si recibimos records de otras clínicas, podrían convertirse en parte de su expediente y podrían volver a divulgarse sin ya ser protegidos por las leyes o regulaciones de la privacidad.

DERECHOS: Usted no tiene que firmar este formulario y todavía puede seguir siendo atendido si no lo firma (a no ser que los servicios sean solamente para el propósito de proveer información de la salud a alguien más y su permiso sea necesario para entregar esta información). Usted puede ver o copiar cualquier información que se entregue de este formulario ROI conforme lo permita la reglamentación de VGMHC. VGMHC tiene hasta 30 días para procesar la petición de sus records.

CANCELACION DEL FORMULARIO: Usted puede cancelar este ROI por escrito en cualquier momento. Todos los records ya enviados o recibidos hechos con su permiso ya no se pueden deshacer pero vamos a cumplir para que proceda la cancelación. Para cancelar este formulario, por favor envíe por escrito una petición al gerente de la clínica y diga que revoca esta autorización o pida el formulario de Revocación de la Autorización.

He leído esta autorización, o me la han leído y la entiendo.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o representante personal)

Descripción de la autoridad del representante personal (relación): _____

STAFF ONLY: I have verified

- Form is complete
- Identification of Requestor
- Relationship (if not patient)

Name _____ Date _____

Position _____

Forms\HIPAA\ROI Eng
Rev 6/27/14; 3/22/16