



Virginia Garcia Memorial  
HEALTH CENTER

# Divulgación de Información Release of Information (ROI)

P.O. Box 6149 Aloha, OR 97007  
(P) 503-359-8501 (F) 503-357-4371

Place Patient  
Label Here

**Please do not fax more than 20 pages**

Nombre del Paciente

Alias, Apodos, u Otros Nombres

Fecha de Nacimiento

Email

**Para la información de salud  
citado abajo yo autorizo**

**Virginia García a:**

**(✓ SOLAMENTE UNA CASILLA)**

- Obtener información     Entregar información
- Cambiar (compartir) información

**Para y De:**

Nombre y Título del Proveedor Médico / Organización/ Individual

Dirección de la calle

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono

Fax

**Autorizo el intercambio  
de:**

- Información verbal con el proveedor medico/organización/individuo arriba citado
- Registros pasados     Registros futuros

**Para propósitos de:**

- Coordinación de servicios     Uso propio     Seguridad/Legal
- Otro (especifique):

**Y periodo de tiempo:**

- Tantas veces que sea necesario     Solamente una vez

**Información  
solicitada  
incluye:**

**(Marque las  
casillas que  
aplique)**

- Notas Progresivas:  últimos 3     Fechas desde: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Lista de Problemas     Atención de Salud Dental     Reportes de Rayos X/Imágenes
  - Vacunas     Reportes de Laboratorio/ Patología     Planificación Familiar Relevante
  - Lista de Medicamentos y Monitoreo de las Recetas     Consultas
  - Todos los récords** (Este formulario excluye la divulgación del siguiente tipo de registros de salud **a menos que las casillas estén marcadas a continuación**)
    - VIH/SIDA:** pruebas relacionadas, Resultados, o información de referencia, tratamiento
    - Información de Exámenes Genéticos**
    - Información de Salud Mental:** Evaluación, diagnóstico, tratamiento, progreso hasta la fecha, monitorización de medicamentos
    - Diagnóstico de Alcohol y Drogas:** Evaluación, diagnóstico, tratamiento, progreso hasta la fecha, monitorización de medicamentos
    - Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**YO ENTIENDO QUE:**

**RESTRICCIONES:** Si recibimos récords 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 exceptuando los récords por tratamiento de Alcohol y Drogas que hayamos recibido de algún programa de tratamiento de alguna institución

**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 registros. *Si no hemos recibido sus registros, por favor contacta el Departamento de Registros Médicos a (503) 359-8501.*

**CANCELACIÓN DEL FORMULARIO:** Usted puede cancelar este ROI por escrito en cualquier momento. Todos los registros 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.

*La información divulgada está en acuerdo de esta autorización y podrá ser protegido por 45 CFR Parte 160 y sub-partes A y E o Parte 164 y aplicable a la ley estatal (ORS 179.505, 192.525).*

**He leído esta autorización, o me la han leído. Entiendo que esta autorización empieza inmediatamente y permanece en efecto hasta que termine mi cuidado con Virginia García o especifique una fecha o evento diferente aquí:** \_\_\_\_\_

Fecha/Evento

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente o Representate Legal/Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Fecha del Firma*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente/ Representate Legal /Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente (Si usted no es el paciente)*

**SOLO EMPLEADOS DE VGMHC / VGMHC STAFF ONLY**

Name of Provider or Clinician requesting records: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Name of Employee Receiving ROI

\_\_\_\_\_  
Position

\_\_\_\_\_  
Clinic

\_\_\_\_\_  
Comments: