



Patient Chart Identification

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

**COMPLETE ALL SECTIONS, DATE AND SIGN**

**I.** I hereby voluntarily authorize the release /disclosure of my confidential information from my health record as follow:  
 NAME OF PATIENT/CLIENT: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

<b>II. The information is to be disclosed by:</b>	<b>And is to be provided to:</b>
NAME OF FACILITY AND DEPARTMENT	NAME OF PERSON/ORGANIZATION/FACILITY
ADDRESS	ADDRESS CITY/STATE
CITY/STATE	PHONE # FAX # (IF AVAILABLE)

**III. The purpose or need for this disclosure is:**

Continuity of Care       Attorney       School       Disability  
 Personal Use       Insurance       Other (Specify) \_\_\_\_\_

**IV. The information to be disclosed from my health record: [check appropriate box(es)]**

Period of events from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 Information related to (specify) \_\_\_\_\_

**If you would like any of the following sensitive information disclosed, initial the applicable option(s) below:**

\_\_\_\_\_ Alcohol/Drug Abuse Treatment/Referral      \_\_\_\_\_ HIV/AIDS-related Treatment  
 \_\_\_\_\_ Sexually Transmitted Diseases      \_\_\_\_\_ Mental Health records

**V.** You do not need to sign this authorization. Refusal to sign the authorization will not affect your ability to receive health care services or reimbursement for services. Refusal to sign means you will not receive health care services if they are solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is necessary to make the disclosure. Your refusal to sign this authorization does not affect your enrollment in a health plan or eligibility for health benefits, unless the authorized information is necessary to determine if you are eligible to enroll in the health plan.

This authorization may be revoked in writing at any time. To revoke this authorization, please send a written statement to the Privacy Officer, Northwest Human Services, 1233 Edgewater St NW, Salem, Oregon 97304, and state that you are revoking this authorization. Unless revoked earlier, this authorization will expire on the following date, event, or condition:

\_\_\_\_\_ (Date, event, or condition)

If no expiration date, event, or condition was specified, this authorization will expire 1 year from the date of signing.

I understand that information disclosed by this authorization, except for Alcohol and Drug Abuse as defined in 42 CFR Part 2, may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act Privacy Rule [45 CFR Part 164] , and the Privacy Act of 1974 [5 USC 552a].

**I have read this authorization and I understand it.**

\_\_\_\_\_ (Date)      \_\_\_\_\_ (Signature of Patient/Client or Personal Representative)      \_\_\_\_\_ (Description of Personal Representative)

West Salem Clinic – Medical 1233 Edgewater St NW Salem, Oregon 97304 Phone: (503) 378-7526 Fax: (503) 588-5815	West Salem Clinic – Dental 190 Kingwood Avenue NW Salem, Oregon 97304 Phone: (503) 378-7526 Fax: (503) 315-0721	Total Health Community Clinic 180 Atwater Street N Monmouth, Oregon 97361 Phone: (503) 378-7526 Fax: (503) 606-3287	Mental Health Clinic 1245 Edgewater Street NW Salem, Oregon 97304 Phone: (503) 378-7526 Fax: (503) 588-5803
--	---	---	---

Original 10/22/04	Revised 12/29/05	Revised 8/23/07	Revised 6/20/08	Reviewed 6/4/10	Revised 6/28/12	Revised 3/27/13	Revised 4/2/15	Revised 7/8/17
----------------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------



Patient Chart Identification

## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

### COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, FECHER Y FIRME

**I.** Voluntariamente por la presente autorizo la liberación/divulgación de mi información confidencial de mi expediente de salud como sigue:  
 NOMBRE DEL PACIENTE/CLIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

<b>II. La información debe ser revelada por:</b>		<b>Y debe proporcionarse a:</b>	
NOMBRE DE LA INSTALACIONES Y DEPARTAMENTO		NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN/INSTALACIONES	
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO	
CIUDAD/ESTADO	NUM. DE TELEFONO	NUM. DE FAX (SI ESTÁ DISPONIBLE)	

**III. El propósito o la necesidad de esta divulgación es:**

Continuidad del Cuidado   
  Abogado   
  Escuela   
  Discapacidad  
 Uso personal   
  Seguridad   
  Otros (*especifique*) \_\_\_\_\_

**IV. La información a ser divulgada de mi expediente de salud:** [cheque la(s) casilla(s) apropiada(s)]

Período de eventos desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
 Información relacionada con: (*especifique*) \_\_\_\_\_

**Si desea cualquiera de la siguiente información confidencial que sea divulgada, ponga sus iniciales en la(s) opción(es) aplicables a continuación:**

\_\_\_\_\_ Abuso de alcohol/drogas tratamiento/referencia     
 \_\_\_\_\_ Tratamiento relacionados con el VIH/SIDA  
 \_\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual     
 \_\_\_\_\_ Registros de salud mental

**V.** Usted no necesita firmar esta autorización. Negarse a firmar la autorización no afectara su habilidad de recibir servicios de salud o reembolso de servicios. Negarse a firmar significa que usted no recibirá servicios de salud si estos son solamente con el propósito de proveer información de salud a alguien más y la autorización es necesaria para que esta información pueda ser entregada. Su negamiento a firmar esta autorización no afectara su ingreso a un plan de salud o elegibilidad para beneficios de salud, a menos que la información autorizada sea necesaria para determinar si usted es elegible para ingresar en un plan de salud.

Esta autorización puede ser cancelada por escrito en cualquier momento. Para cancelar esta autorización, envíe su petición por escrito a: Oficial de Privacidad, Northwest Human Services, 1233 Edgewater ST NW, Salem, Oregón 97304, y mencione que usted está cancelando esta autorización. A menos que sea cancelada antes, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento, o condición:

\_\_\_\_\_

(fecha, evento, o condición)

Si no se especificó la fecha, evento, o condición, esta autorización se vencerá en un año a partir de la fecha de firma.

Yo entiendo que la información revelada por esta autorización, con excepción de alcoholismo y drogadicción como se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a re-divulgación por parte del receptor y ya no puede estar protegido por el Health Insurance Portability and Accountability Act Privacy Rule [45 CFR Parte 164] , y la ley de privacidad de 1974 [5 USC 552a].

**He leído y he entendido esta autorización.**

\_\_\_\_\_ (Fecha)     
 \_\_\_\_\_ (Firma del Paciente o Representante Personal)     
 \_\_\_\_\_ (Descripción del Representante Personal)

West Salem Clínica Médica 1233 Edgewater St NW Salem, Oregon 97304 Teléfono: (503) 378-7526 Fax: (503) 588-5815	West Salem Clínica Dental 190 Kingwood Avenue NW Salem, Oregon 97304 Teléfono: (503) 378-7526 Fax: (503) 315-0721	Total Health Community Clinic 180 Atwater Street N Monmouth, Oregon 97361 Teléfono: (503) 378-7526 Fax: (503) 606-3287	Clínica de Salud Mental 1245 Edgewater Street NW Salem, Oregon 97304 Teléfono: (503) 378-7526 Fax: (503) 588-5803
---	---	--	---

Original 10/22/04	Revised 12/29/05	Revised 8/23/07	Revised 6/20/08	Reviewed 6/4/10	Revised 6/28/12	Revised 3/27/13	Revised 4/2/15	Revised 7/8/17
----------------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------