

PERMISO PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Permiso que el CCO de Umpqua Health Alliance y sus socios compartan la PHI que se muestra a continuación con las personas que figuran en este formulario.

Puede obtener esta carta en otro idioma, en letra grande o de otra manera que sea mejor para usted. Llame al 541-229-4842 (TTY 711).

Imprima su información en este formulario para permitir que la UHA lo use.

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS

Nombre del miembro:	Correo electrónico:
Dirección del miembro (ciudad, estado, código postal):	
Teléfono diurno:	Fecha de nacimiento:
Número de identificación del miembro:	

PERSONAS A LAS QUE PERMITO RECIBIR MI INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (PHI)

Nombre:	Relación:
Dirección (ciudad, estado, código postal):	Autorización para cambiar la información según sea necesario:
Teléfono:	Correo electrónico:
Nombre:	Relación:
Dirección (ciudad, estado, código postal):	Autorización para cambiar la información según sea necesario:
Teléfono:	Correo electrónico:

TIPO DE INFORMACIÓN

Si la información compartida tiene alguno de estos tipos de registros o información que se enumeran a continuación, otras leyes protegen estas cuatro áreas. Si quiero que se comparta esta información, colocaré mi inicial en el espacio provisto:

Información sobre el VIH/SIDA
(iniciales)

Información sobre salud mental
(iniciales)

Información sobre pruebas genéticas
(iniciales)

Diagnóstico, tratamiento y derivación de drogas/alcohol
(iniciales)

La información proporcionada en este formulario no estará protegida por la ley federal. Otras leyes pueden limitar el uso de la información sobre el VIH/SIDA, la información de salud mental, la información de pruebas genéticas y el diagnóstico de drogas/alcohol, el tratamiento o la información de derivación

Al firmar este formulario, permito que la UHA comparta la PHI indicada.

PERMISO PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

MIS DERECHOS

Entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario. Si no firmo este formulario, no afectará mi plan de salud con la UHA.

Entiendo que tengo el derecho de cancelar este permiso por escrito en cualquier momento. Si cancelo este permiso, ya no se utilizará la información indicada anteriormente. Cualquier uso o información que ya se haya dado con mi permiso no se puede retirar.

A menos que lo cancele, este formulario será válido por un año (12 meses) desde la fecha de mi firma o hasta esta fecha anterior ____/____/____.

FIRMA

Acepto que he leído este formulario y lo entiendo.

* Firma:

Nombre de impresión:

Fecha:

Teléfono diurno:

* Si no soy miembro, soy:

Padre ***

Tutor legal ***

Poder notarial de atención médica ***

Representante de salud ***

** Si usted es el tutor legal o el titular de un poder notarial de atención médica del afiliado, adjunte la documentación legal.

*** Los niños de las siguientes edades deben firmar este formulario para divulgar su PHI a cualquier persona o centro:

14 años o más — Dependencia química

15 años o más: todas las demás afecciones médicas

Envíe un correo a: Umpqua Health Alliance

500 SE Cass St Suite 101

Roseburg, OR 97470

O envíe un fax a: 5416776038 Atención: Customer Service