



PATIENT AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Previous Names (please list): \_\_\_\_\_

I authorize Sports Medicine and Orthopaedic Surgery to do the following: [ ] Provide [ ] Receive Information

Facility/Person \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

The information will be used on my behalf for the following purpose(s): \_\_\_\_\_

Information to be released: [ ] Discharge Summary [ ] History & Physical Exam [ ] Laboratory Report [ ] Diagnostic Imaging Reports [ ] Emergency Dept. Report [ ] Medications [ ] Pathology Report [ ] Medical Out-Patient Clinic Records [ ] Other: \_\_\_\_\_ [ ] Treatment Dates: \_\_\_\_\_
By initialing in the spaces below, I authorize release of the following information:
\_\_\_\_\_ HIV/AIDS related information
\_\_\_\_\_ Mental health information
\_\_\_\_\_ Drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information
\_\_\_\_\_ Genetic testing information
[ ] Time Period: \_\_\_\_\_

- I understand that this authorization will automatically expire in 180 days from the date of my signature or on (specify date) \_\_\_\_\_
I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that in order to revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to Sports Medicine and Orthopaedic Surgery, 551 Lone Pine Blvd., Suite 302, The Dalles, Oregon 97058. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.
I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS information, mental health information, and drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information.
I understand that I need not sign this form in order to ensure health care treatment, payment, enrollment in my health plan, or eligibility benefits.
I understand that I will be given a copy of this authorization form, after signing.
I understand that the above named clinic is part of Mid-Columbia Medical Outpatient Clinics, consisting of the following Clinics; Columbia Hills Family Medicine, Columbia River Women's Center, Columbia Crest Clinic, Columbia Crest Dermatology, River View Clinic, Columbia View Clinic, Gorge Urology, Orthopedic Services at MCMC and MCMC Occupational Health and in signing this request all chart records will be sent from all the above mentioned clinic.

Patient or Personal Representative (please print) \_\_\_\_\_ Signature of Patient or Personal Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Description of personal representative's authority \_\_\_\_\_ ID Checked: [ ] Yes [ ] No

**AUTORIZACIÓN PARA FACILITAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Nombres Anteriores (enumérelas): \_\_\_\_\_

Autorizo a **Sports Medicine and Orthopaedic Surgery** a hacer lo siguiente:  Proporcionar Información  Recibir Información

Centro/Persona \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

La información será usada en mi representación para el (los) siguiente(s) motivo(s): \_\_\_\_\_

<p><b>Información que se facilitará:</b></p> <input type="checkbox"/> Resumen de Alta <input type="checkbox"/> Antecedentes y Examen Físico <input type="checkbox"/> Informe de Laboratorio <input type="checkbox"/> Informe de Radiología <input type="checkbox"/> Informe del Dpto. de Emergencias <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Informe de Patología <input type="checkbox"/> Expedientes de Clínica Ambulatoria <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Fechas de Tratamiento: _____	<p><b>Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo la facilitación de la siguiente información:</b></p> <p>_____ Información relacionada con el VIH/SIDA</p> <p>_____ Información de Salud Mental</p> <p>_____ Información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o derivación por drogas o alcohol.</p> <p>_____ Información relacionada con los análisis genéticos</p> <input type="checkbox"/> Periodo de Tiempo: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Entiendo que esta autorización vence automáticamente a los 180 días a partir de la fecha de mi firma o el (especifique la fecha) \_\_\_\_\_
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentarla a **Sports Medicine and Orthopaedic Surgery, 551 Lone Pine Blvd., Suite 302, The Dalles, Oregon 97058**. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido facilitada a raíz de esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley dispone que dicha compañía tiene derecho a disputar una reclamación bajo mi póliza.
- Entiendo que la información usada o facilitada conforme a esta autorización podría estar sujeta a una subsiguiente facilitación, lo que supone la posibilidad de que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales podrían restringir la subsiguiente facilitación de información relacionada con el VIH/SIDA; la salud mental; y con el diagnóstico, tratamiento o derivación por drogas o alcohol.
- Entiendo que la falta de firmar esta autorización no afectará la atención médica, pago, inscripción en mi plan de salud, o elegibilidad de beneficios.
- Entiendo que, después de firmarla, me darán una copia de esta autorización.
- Entiendo que la clínica antes mencionada pertenece a Mid-Columbia Outpatient Clinics, entidad que consta de las siguientes clínicas: Columbia Hills Family Medicine, Columbia River Women's Center, Columbia Crest Clinic, Columbia Crest Dermatology, River View Clinic, Columbia View Clinic, Gorge Urology, Orthopedic Services at MCMC y MCMC Occupational Health. Entiendo además que, al firmar esta autorización, todo expediente médico será eviado de todas las clínicas antes mencionadas.

\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Personal (en letras de molde)      Firma del Paciente o Representante Personal      Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal      Identidad Verificada:       Sí       No