



KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC

AUTHORIZATION TO RELEASE/DISCLOSE INFORMATION

AUTORAZCIÓN PARA DIVULGAR/REVELAR INFORMACIÓN

Campus
Convenient Care

Chiloquin
Open Door

Klamath
Open Door

KOD @ KBBH

Pine Street
Open Door

Klamath County
School-based
Health Center

Many of our patients allow family member such as their spouse, parents, or others to call and request medical or billing information. We are not authorized to give this information to anyone without the patients consent. If you wish to have your medical or billing information released to a family member or another individual, please indicate their name and relationship:

Muchos de nuestros pacientes permiten que miembros de la familia, como su pareja, padres, u otras personas llamen y soliciten información médica o de sobre su facturación. Nosotros no estamos autorizados a proporcionar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si usted desea que su información médica o su información sobre su cuenta medica sea compartida con otra persona, indique el nombre y el tipo de relación a continuación:

Patient Full Name/Nombre Completo del Paciente

Date of Birth/Fecha de Nacimiento

I authorize the release of my health information from/ Yo autorizo la divulgación de mi información de salud de:
(Who has the information you want released? ¿Quién tiene la información que Ud. quiere sea revelada/obtenida?)

Name/ Nombre: _____

Address/ Dirección: _____

Phone Number/ Numero de Tel.: _____ **Fax Number/ Numero de Fax:** _____

I authorize the above named entity to disclose health information that includes the following/ Yo autorizo que la entidad nombrada divulge información de salud que incluya lo siguiente: (Initial all that apply/ Iniciales en yodo lo que corresponda)

Progress Notes/ Notas de Progreso _____ **Med List/Lista de Medicamentos** _____ **HIV/AIDS/VIH/SIDA** _____

EKG/Electrocardiograma _____ **Immunizations/Inmunizaciones** _____ **Radiology Reports/ Reportes de Radiología** _____

Labs/Laboratorios _____ **Substance Use/ Uso de Sustancias** _____ **Mental Health/Salud Mental** _____

Billing/Facturación _____

Disclose the selected records for/ Revelar los registros seleccionados para Last 6 Mo. Last 1Yr. Last 2Yrs. All/Todo
Other/Otro: _____

For the purpose of/Para el propósito de: _____

I authorize the release of my health information to/ Yo autorizo la divulgación de mi información de:
(Where do you want the information sent? ¿Dónde desea que se enví la información?)

Name/ Nombre: _____

Address/ Dirección: _____

Phone Number/ Numero de Tel.: _____ **Fax Number/ Numero de Fax:** _____

Mail Records to: 2074 S. 6th Street, Klamath Falls, OR 97601

Fax Records to: 541-885-7386

ENGLISH

- I understand that the authorization to disclose my health information is voluntary. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services.
- The only circumstance in which refusal to sign means you will not receive health care services is if the health care services are solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is necessary to make that disclosure.
- I understand that I may review and receive a copy of the information described on this form and I am entitled to a copy of this authorization after I sign it.
- I understand my medical record may be voluminous and agree to pay all reasonable charges associated with the copy and transfer of this record.
- I understand that I may revoke this consent at any time provided that I do so in writing and except to the extent that action has already been taken.
- I understand that the health information disclosed may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected.
- I understand that it may take up to 15 days to get the copy of my medical records.
- I understand that I may contact the privacy officer if I have questions about disclosure of my health information at 541.851.8110.
- Under ORS.192.563/42 CFR § 35.17 Health care provider and state health plan charges. A health care provider or state health plan that receives an authorization to disclose protected health information may charge no more than \$15.00. Klamath Health Partnership charges \$1.00 per page up to \$15.00 except for Lab reports, Medication lists, or Immunization history.

ESPAÑOL

- Entiendo que la autorización para divulgar mi información de salud es voluntaria. El negarme a firmar la autorización no afectara negativamente mi capacidad de recibir servicios de atención médica o el reembolso de los servicios.
- La única circunstancia en las que el negarme a firmar significa que no voy a recibir los servicios de salud es si los servicios de cuidado de la salud son para el único fin de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación.
- Entiendo que puedo ver y recibir una copia de la información descrita en este formulario y tengo derecho a una copia de esta autorización después de firmarla.
- Entiendo que mi registro medico puede ser voluminoso y estoy de acuerdo en pagar todos los cargos razonables asociados con la copia y transferencia de este registro.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y excepto en la medida en que ya se haya tomado medidas
- Entiendo que la información de salud divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y no estar protegida.
- Entiendo que puede tomar hasta 15 días para obtener la copia de mi registro médico.
- Entiendo que puedo contactar al oficial de privacidad si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud al 541-851-8110. La ley de Oregón ORS.192.563/42 CFR § 35.17 Un Proveedor de atención médica o un plan de salud estatal que reciba una autorización para divulgar información médica protegida no puede cobrar más de \$15.00. Klamath Health Partnership cobra \$1.00 por página hasta \$15.00 excepto Laboratorios, Lista de Medicamentos, o Historial de Vacunas.

This consent will expire on/ Este consentimiento se vencera el: _____ **or 180 days from the date of execution/ o 180 días del la fecha de ejecucion.**

I give my permission for my medical information to be faxed to the above fax number/ Soy mi permiso para que mi información médica sea enviada por fax al número de fax. (Initial/Inciales) _____

Patient Signature/Firma del Paciente: _____ **Date/Fecha:** _____

Patient Representative Signature/Firma del Representante del Paciente: _____

Date/Fecha: _____

Mail Records to: 2074 S. 6th Street, Klamath Falls, OR 97601

Fax Records to: 541-885-7386