



Autorización para liberar la información médica personal

Yo, _____, autorizo a las personas mencionadas a continuación contactar a Health Share of Oregon en mi representación médica. Autorizo a Health Share of Oregon mencionar la información personal, incluyendo domicilio, número telefónico, número de ID de miembro, información del plan, y fechas de entrada en vigor con el objetivo de verificar la información o realizar cualquier actualización y cambios necesarios.

Complete (escriba con letra de molde) las siguientes líneas.

(Nombre)	(Relación)
(Nombre)	(Relación)

Entiendo que no estoy autorizando que se divulgue mi información salvo que sea por alguna razón enlistada anteriormente. Comprendo que Health Share of Oregon puede tener contacto sólo con las personas antes enlistadas a menos que se llene otro formulario o que tal información sea específicamente requerida por la ley.

Entiendo que este formulario es sólo para uso de Health Share of Oregon y podría ser necesario que presente las liberaciones adicionales a otras organizaciones incluidas en mi atención médica.

Esta liberación estará vigente durante 1 (un) año a partir de la fecha en que se firme.

X

Firma del miembro

Fecha

ID del plan médico del miembro de Oregon

X

Firma del padre, tutor o representante legal si el miembro es menor
(mencione su relación con el paciente)

Fecha

Devuelva este documento a Health Share of Oregon mediante cualquiera de las siguientes maneras:

Fax: 503-459-5749

Correo electrónico: info@healthshareoregon.org

Correo: 2121 Sw Broadway, Ste 200, Portland, Or 97201