



PO Box 397 • 450 Tatone Street, Boardman, OR 97818 • 541-481-7212 • [www.crhclinic.net](http://www.crhclinic.net)

### RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

- He leído y entiendo la poliza de HIPAA /privacidad para servicios de Columbia River Health.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Sus iniciales por favor a lo siguiente y firmar a continuación

- Por lo presente asigno mis beneficios de seguro a pagar directamente al proveedor de atención médica. \_\_\_\_\_
- He leído y entiendo la forma de consentimiento de pago /consentimiento para el tratamiento de Columbia River Health. \_\_\_\_\_
- Autorizo a Columbia River Health para obtener o tener acceso a mi historial de medicación. \_\_\_\_\_
- Autorizo a mi oficina de los proveedores para contactarme por el teléfono móvil. \_\_\_\_\_
- Autorizo a la oficina de proveedores dar información de cualquier vacuna/ inmunización a el estado de Oregon y el sistema ALERT. \_\_\_\_\_

He leído y entiendo las declaraciones anteriores.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FOR STAFF USE ONLY**

Patient ID: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient DOB: \_\_\_\_\_