

849 Pacific Ave
Hood River, OR 97031
541-386-6380 (ph)
541-639-4142 (fx)

1040 Webber Street
The Dalles, OR 97031
541-386-6380 (ph)
541-639-4142 (fx)

65371 Highway 14
White Salmon, WA 98672
509-493-2133 (ph)
509-493-9543 (fx)

875 SW Rock Creek Dr
Stevenson, WA 98648
509-427-4212 (ph)
509-493-9543 (fx)

www.onecommunityhealth.org

Authorization to Communicate & Share Personal Health Information

COMMUNICATION

NorthShore Medical Group may contact me via the following methods regarding any items that assist in carrying out treatment, payment, and healthcare operations such as appointment reminders, insurance items, and calls pertaining to my clinical care, including laboratory and test results.

Please check all that apply:

Phone-NorthShore Medical Group may call my home or other designated location and leave a message on the answering machine, voice mail, or in person.

Mail-NorthShore Medical Group may send mail to my home or other designated location.

Email-NorthShore Medical Group may send email to designated email address(es).

Sharing information with other parties

The names listed below are other parties to whom I grant permission for my health care providers and their representatives at NorthShore Medical Group to verbally discuss my care.

Name	Relationship
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Minors Only

Do not release the following information to anyone, including a parent or guardian, without my written permission:

- STD testing/treatment including HIV (14 & Over)
- Birth Control & Prenatal Care (any age)
- Mental health treatment (13 & Over)
- Substance Abuse Treatment (13 & Over)

Patient Signature

Date

849 Pacific Ave
Hood River, OR 97031
541-386-6380 (ph)
541-639-4142 (fx)

1040 Webber Street
The Dalles, OR 97031
541-386-6380 (ph)
541-639-4142 (fx)

65371 Highway 14
White Salmon, WA 98672
509-493-2133 (ph)
509-493-9543 (fx)

875 SW Rock Creek Dr
Stevenson, WA 98648
509-427-4212 (ph)
509-493-9543 (fx)

www.onecommunityhealth.org

Autorización para comunicar y compartir información médica personal

COMUNICACIÓN

NorthShore Medical Group puede utilizar los siguientes métodos para ponerse en contacto conmigo sobre temas que nos ayudarán con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, como recordatorios de citas, seguro médico y llamadas relacionadas con mi atención médica, incluyendo resultados de laboratorio y pruebas.

Marque todas las opciones que correspondan:

Teléfono- NorthShore Medical Group puede llamar a mi casa o a otro lugar designado y dejar un mensaje en el contestador automático, correo de voz o en persona.

Correo- NorthShore Medical Group puede enviar correo a mi domicilio o a otro lugar designado.

Correo electrónico- NorthShore Medical Group puede enviar correos electrónicos a las direcciones de correo electrónico designadas.

Compartir información con terceros

Los nombres que se indican a continuación son las personas a las que doy permiso para que mis proveedores de atención médica y sus representantes en NorthShore Medical Group hablen verbalmente sobre mi atención médica.

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Menores de edad solamente

No divulgar la siguiente información a nadie, incluyendo mis padres o tutores, sin mi permiso por escrito:

Pruebas/tratamiento de ETS, incluido el VIH (mayores de 14 años)

Métodos anticonceptivos y atención prenatal (cualquier edad)

Tratamiento de salud mental (mayores de 13 años)

Tratamiento del abuso de sustancias (13 años o más)

Firma del Paciente

Fecha