



Autorización para Divulgar Información de salud (ROI)

PATIENT LABEL HERE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono Primario: (____) _____
Domicilio: _____

CON QUIÉN SE DEBE COMPARTIR LA INFORMACIÓN

Yo autorizo: Clackamas & Oregon Pediatrics
8645 SE Sunnybrook Blvd., Ste 200, Clackamas OR 97015-6841
Phone: (503) 659-1694 Fax: (503) 659-8984 Email: HIM@orpeds.com

Para enviar registros a: Nombre: _____
 Para recibir registros de: Dirección: _____
 Intercambiar verbalmente con: Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Enviar registros vía: (por favor marque uno)
 MyHealth CD (Adobe 8 o superior) Correo electrónico _____
 Papel Fax (Entiendo que no se puede garantizar la confidencialidad en el lado receptor de los faxes..)

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

Cambio de médico/clínica Mudanza Referencia/Consulta Legal
 Escuela Uso personal Otro: _____

TIPO DE INFORMACIÓN A DIVULGAR

Los registros médicos generales se limitan a los [2] años más recientes, incluidas notas de progreso, análisis de laboratorio, radiografías e historial completo de vacunación. (Este es el valor predeterminado a menos que se indique lo contrario).
 Patología (laboratorios) Solo - listar fecha(s) _____ Radiología (rayos X) Solo - listar fecha(s) _____
 Vacunas Solo Medicamentos Solo Otro: _____

INFORMACIÓN PROTEGIDA O SENSIBLE

Entiendo que no se puede divulgar información específica sin autorización según lo exige la ley estatal/federal.
Al INICIAR a continuación, autorizo la divulgación de la siguiente información protegida/sensible:
____ (inicial) SIDA/VIH Resultados de la prueba _____ (inicial) TDA/TDAH/Diagnóstico/Tratamiento de Salud Mental
____ (inicial) Prueba genética _____ (inicial) Tratamiento del alcoholismo/abuso de drogas

AUTORIZACIÓN

He leído y entiendo lo siguiente: (1) La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley federal. La ley federal/estatal puede restringir la nueva divulgación de información protegida o confidencial; (2) No es necesario firmar esta autorización. Negarse a firmar la autorización no afectará negativamente su capacidad para recibir servicios de atención médica o reembolso por los servicios. Las únicas circunstancias en las que negarse a firmar significa que usted no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de atención médica tienen como único fin proporcionar información de salud a otra persona y la autorización es necesaria para realizar esa divulgación; (3) Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá usarse ni divulgarse para los fines descritos en esta autorización escrita. La única excepción es cuando una entidad cubierta ha actuado basándose en la autorización o la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro; (4) Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a Clackamas & Oregon Pediatrics, Departamento de Registros Centrales e indique que está revocando esta autorización. A menos que se revoque antes, este consentimiento caducará a los 6 meses de la fecha de firma o permanecerá en vigor durante el período razonablemente necesario para completar la solicitud.

X _____ / /
Firma del Paciente/ Padre/ Representante Legal Relación con el Paciente Fecha