

AUTORIZACIÓN para usar y/o divulgar información médica privada.

Para ser válido este formulario debe completarse, incluyendo firma (s) y fecha (s) en donde sea aplicable.

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Autorizo a: **Woodburn Pediatric Clinic** Teléfono: **503-981-5348**

2050 Progress Way Woodburn, OR 97305 Fax: 503-981-0423

Seleccione uno y complete: Clínica o Doctor anterior: _____

___ Enviar registros médicos a: Dirección: _____

___ Recibir registros médicos de: Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

___ Intercambio verbal con: Teléfono: () _____ Fax: () _____

___ Copia electrónica de registros médicos:

Propósito de la liberación de registros médicos (marque uno): _____ Cambio de proveedor _____ Consulta _____ Legal
Otro _____

Al poner mis **iniciales** en los espacios de abajo, autorizo la liberación de información médica específica:

___ Notas del Doctor _____ Vacunas _____ Reporte del hospital

___ Estudios (rayos x, CAT scan, MRI). _____ Estudios de Laboratorio _____ Otros

___ Tiempo en específico: _____ Expediente completo.

Si la información divulgada contiene cualquier tipo de registros o la información a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y divulgación de la información. Entiendo y estoy de acuerdo que esta información será divulgada si pongo mis **iniciales** en el espacio aplicable al lado del tipo de información.

___ VIH /SIDA _____ Salud Mental/ADHD diagnóstico, tratamiento o referencias
___ Pruebas Genéticas _____ Drogadicción y/o Alcoholismo, diagnóstico, tratamiento o referencias

La información médica autorizada que escogí arriba, **SE PUEDE** o **NO SE PUEDE** (circule uno) enviar por fax y/o correo electrónico. Entiendo el riesgo de enviarlo por fax y/o correo electrónico y que no se garantiza la confidencialidad.

Mi firma abajo indica que entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- La información usada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser sujeta a la re-divulgación y ya no estaría protegida bajo la ley federal. Sin embargo, la ley federal o estatal puede restringir la re-divulgación de información sobre el VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas, drogadicción/alcoholismo, diagnóstico, tratamiento o referencias.
- La persona o entidad que estoy autorizando a utilizar y/o divulgar la información puede recibir compensación por hacerlo.
- Puedo negarme a firmar esta autorización. La negativa a firmar la autorización no afectará negativamente mi capacidad para recibir servicios de atención médica o el reembolso por servicios. La única circunstancia cuando la negativa a firmar significa que no recibiré servicios de atención médica es, si los servicios de salud son únicamente con el propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización es necesaria para hacer su divulgación.
- Esta no es una autorización en blanco para la liberación de información. La intención es usarla una sola vez. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento a menos que se hayan tomado medidas previas como resultado de esta forma. A menos que revoque antes, esta autorización vencerá en 180 días a partir de la fecha en que se firmó y si se necesita más información después de esta fecha, deberá de llenar esta forma de nuevo. Los documentos que comprueben la tutela o la orden judicial (de la corte) pueden ser requeridos, si firma una persona menor de 18 años de edad.

Firma del paciente/Padre/Tutor Legal

Nombre con letra de molde

Relación con el paciente

Fecha

*** Si son más de 25 páginas, no lo envíe por fax ***