

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre completo del paciente:		Fecha de nacimiento del paciente:	
Dirección del paciente:		Teléfono del paciente:	
Por favor díganos a dónde enviar los expedientes o de dónde obtenerlos:			
<input type="checkbox"/> Enviar los expedientes a: <input type="checkbox"/> Divulgar los expedientes de: Pediatric Associates of the Northwest Nombre del proveedor _____ 2701 NW Vaughn Street, Suite 360 Portland, OR 97210 Teléf.: 503.227.0671 Fax: 503.227.0676 mrecords@panw.pcc-direct.com		<input type="checkbox"/> Enviar los expedientes a: <input type="checkbox"/> Divulgar los expedientes de: Nombre: Dirección: Teléf.: Fax: Correo electrónico:	
¿Cuáles expedientes quisiera divulgar?			
<input type="checkbox"/> Notas de oficina/ clínicas	<input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio/patología	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Estudios por imágenes/ rayos X
<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Notas telefónicas/ del portal	<input type="checkbox"/> Todos los expedientes (de los últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/> Todos los expedientes
Si desea fechas específicas, haga el favor de especificar: desde: _____ hasta: _____			
<input type="checkbox"/> Otro:			
Ciertas partes de su expediente médico son delicadas. Si desea que se divulgue cualquiera de ellas, por favor marque la casilla Y ESCRIBA SUS INICIALES en las categorías siguientes que quiere que SEAN INCLUIDAS en la divulgación:			
<input type="checkbox"/> _____ Abuso de sustancias, si hay alguno	<input type="checkbox"/> _____ SIDA/VIH/enfermedades de transmisión sexual, si hay alguna	<input type="checkbox"/> _____ Condiciones de salud mental, si hay alguna	
¿Cuál es el propósito de esta divulgación de información?			
<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Litigación/Legal	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Transferir su cuidado
¿Cómo desea que se envíen los expedientes?:			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico directo seguro	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Correo (podría aplicarse un costo de envío)	<input type="checkbox"/> Portal para pacientes

Esta autorización está limitada al siguiente período de tiempo:

Esta autorización está limitada a lesiones de un caso de indemnización al trabajador:

Mi firma indica que he autorizado la divulgación de la información nombrada anteriormente y que entiendo lo siguiente:

Entiendo que puedo decidir no firmar esta autorización y que mi decisión de no firmar no servirá como una base que afectará mi capacidad para obtener tratamiento ni mi elegibilidad para beneficios del cuidado de la salud.

Entiendo que puedo cancelar por escrito mi permiso para usar y divulgar mi información en cualquier momento. La única excepción sería cuando se haya tomado una acción en virtud de la autorización. A menos que se haya revocado antes, este consentimiento se vencerá 180 días a partir de la fecha en que se firme, o permanecerá en efecto durante el período de tiempo razonablemente necesario para completar esta petición.

Entiendo que este cambio no afectará la información que ya se haya compartido.

Entiendo que la ley federal y estatal protege la información de mi salud. Sin embargo, mi información podría ser compartida con agencias o negocios que posiblemente no estén cubiertos por esta ley. Entonces ellos podrían compartir mi información con otros.

Entiendo que no pueden compartir información con respecto al VIH/SIDA, el tratamiento para la salud mental, el tratamiento para el alcohol y drogas o las pruebas genéticas a menos que yo les dé permiso escribiendo mis iniciales más arriba o según lo permita la ley de otra manera.

Firma del paciente (si el paciente tiene 14 años de edad o más):

Fecha:

--	--

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es menor de 18 años de edad):
Fecha: