



**FORMULARIO DE SALUD CONDUCTUAL AUTORIZACIÓN PARA  
DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Por la presente le autorizo que: **Pediatric Associates of the Northwest, P.C.**

\_\_\_ Le **proporcione** información protegida a

\_\_\_ **Obtenga** información protegida de

\_\_\_\_\_  
Nombre/Organización

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fax

Fecha(s) de servicio que se solicitan (si se sabe): \_\_\_\_\_

Descripción de la información que se va a divulgar (maque todo lo que corresponda):

\_\_\_\_\_ Consultas telefónicas \_\_\_\_\_ Evaluación inicial \_\_\_\_\_ Notas de progreso

\_\_\_\_\_ Resumen de pruebas \_\_\_\_\_ Copia del expediente completo

\_\_\_\_\_ Resumen escrito de evaluaciones y/o tratamiento

Otra: \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación/uso:

\_\_\_\_\_ Continuación de atención \_\_\_\_\_ Propósitos del seguro

\_\_\_\_\_ Propósitos legales \_\_\_\_\_ Uso personal \_\_\_\_\_ Coordinación de atención

\_\_\_\_\_ Planificación de educación

Otra: \_\_\_\_\_

Enviar la información solicitada respecto al individuo nombrado anteriormente a:

**Pediatric Associates of the Northwest**  
**2701 NW Vaughn St., Suite 360**  
**Portland, OR 97210**  
**503-227-0671 (teléfono)**  
**503-227-0676 (fax)**

**Pediatric Associates of the Northwest**  
**7150 SW Dartmouth St.**  
**Tigard, OR 97223**  
**503-968-3480 (teléfono)**  
**503-227-4589 (fax)**

**Pediatric Associates of the Northwest**  
**14795 SW Murray Scholls Drive, Suite 121**  
**Beaverton, OR 97007**  
**503-673-1071 (teléfono)**  
**503-227-0676 (fax)**

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Además, entiendo que mi capacidad para recibir tratamiento, pago o mi elegibilidad para los beneficios del seguro no se verán afectados si me niego a firmar. Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se va a usar o divulgar. Entiendo que la información usada o divulgada, como se indica en la autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las normas de privacidad federales y estatales. Entiendo que esta autorización se vencerá seis meses después de la fecha en que se firme, a menos que yo especifique lo contrario. Esta autorización seguirá vigente hasta \_\_\_\_\_ (fecha o suceso).

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento avisando al organismo al que le solicito la divulgación. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y que la revocación escrita debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará ninguna acción tomada antes de recibir la revocación por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal escrito en imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente