



**Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Centro de Rehabilitación y Desarrollo
Infantil (CDRC)**
P.O. Box 574
Portland, OR 97207-0574
(503) 494-8095, Fax (503) 494-4447

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

TODAS LAS SECCIONES DE ESTE DOCUMENTO **DEBEN SER COMPLETADAS, DE LO CONTRARIO, LA AUTORIZACIÓN NO SERÁ ACEPTADA.**

Yo autorizo a: _____
(Nombre de la persona o entidad que proporciona la información)

(Dirección de la persona/entidad) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

para usar y divulgar una copia electrónica de la información médica específica descrita a continuación; a menos de que se marque aquí para una copia de papel. Este permiso es referente a:

(Nombre del paciente)

consiste en: (ver definiciones al reverso) _____ expedientes médicos _____ Rayos X _____ Laboratorio
_____ Sala de Emergencia _____ informes de CDRC _____ Otros, especifique _____
_____ Si se requieren expedientes clínicos, por favor especifique la clínica(s) (vea al reverso la lista de clínicas) _____

para: _____
(Nombre del receptor)

(Dirección del receptor) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

con el propósito de: (Describa cada propósito de la divulgación de información) _____ Cuidado continuo _____ Legal _____ Discapacidad
_____ Entrar a la escuela _____ Otro, especifique _____

Si la información que será divulgada contiene cualquiera de los tipos de registros o informes indicados a continuación, leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de información podrían ser aplicables. Entiendo y estoy de acuerdo con que esta información sea divulgada, sólo si escribo **mis iniciales** en el espacio que precede cada tipo de información.

_____ Información acerca del VIH/SIDA _____ Información de exámenes genéticos
_____ Información acerca de la salud mental _____ Diagnósticos, tratamiento o información de referencia de drogas/alcohol

No necesita firmar esta autorización. El negarse a firmar esta autorización no afectará desfavorablemente su derecho de recibir servicios de atención médica o reembolsos por dichos servicios. La única circunstancia en la que negarse a firmar significaría que no recibirá servicios de atención médica es cuando estos servicios tienen únicamente el propósito de proporcionar información a otra entidad, en ese caso se requiere la autorización para poder efectuar esa divulgación. Si se rehúsa a firmar esta autorización no afecta negativamente en su inscripción en un plan de salud ni en su elegibilidad para recibir beneficios de salud, a menos que la información autorizada sea necesaria para determinar si usted es elegible para inscribirse en el plan de salud.

En cualquier momento, usted puede revocar por escrito esta autorización. Si usted revoca esta autorización, la información descrita anteriormente no podrá ser usada o divulgada para los fines descritos en esta autorización. Cualquier uso o divulgación ya efectuados con su permiso, no pueden ser rescatados.

Para revocar esta autorización, por favor envíe una declaración por escrito a: Medical Correspondence, Health Information Services, OP17A, OHSU 3181 SW Sam Jackson Pk Rd. Portland, OR 97239-3098, e indique que usted revoca esta autorización.

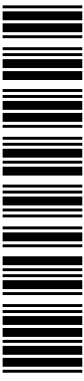
Entiendo que la información usada o divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta que se re-divulgue, y ya no estar protegida bajo las Leyes Federales. Sin embargo, también entiendo que las Leyes Federales o Estatales podrían restringir la re-divulgación de información acerca del VIH/SIDA, salud mental, información de genética e información de diagnósticos, tratamiento o de referencia sobre drogas/alcohol.

He leído esta autorización y la entiendo en su totalidad.

Esta autorización vence a un año de la fecha en que se firmó, a menos que sea revocada, o especificada de otra forma:
(indique la fecha o evento alternativos) _____

Por: _____
(Firma del individuo o su representante) Fecha Hora

Descripción de la autoridad del representante _____





Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
**Centro de Rehabilitación y Desarrollo
Infantil (CDRC)**
P.O. Box 574
Portland, OR 97207-0574
(503) 494-8095, Fax (503) 494-4447

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Viene de la página 1

Patient Identification

DEFINICIÓN DE LOS INFORMES:

- Los informes médicos incluyen el Resumen al Dársele de Alta, Historial Clínico y Examen Físico, cualquier procedimiento o operación
- Rayos X incluyen informes de rayos X, Ultrasonidos, Imágenes de Resonancia Magnética e informes de imágenes especiales
- Laboratorio – Todos los resultados de exámenes de laboratorio
- Sala de Emergencia – Informes médicos de la Sala de Emergencia
- Facturación - Información de facturación del hospital y/o clínica
- Inmunización – todos los informes de inmunización
- CDRC - informes de CDRC
- Otros – Especifique el tipo de información

CLÍNICAS PARA PACIENTES EXTERNOS DE OHSU

Psiquiatría para Adultos

Alergias e Inmunología

Anticoagulación

Audiología

Beaverton

Huesos y Minerales

Transplante de Médula Ósea / Leucemia

Cardiología

Instituto de los Ojos Casey

Centro de Salud para Mujeres

Psiquiatría para Niños y Adolescentes

Centro de Rehabilitación y Desarrollo Infantil (CDRC)

Centro de Rehabilitación y Desarrollo Infantil (CDRC)

en Eugene

Dermatología

Dermatología Quirúrgica

Diabetes

Salud Digestiva

Salud de los Empleados

Endocrinología

Salud de los Ejecutivos

Medicina Familiar en la Colina Marquam

Gabriel Park

Gastroenterología

Pediatría General

GI/ Hepatología

Promoción de Salud y Medicina de Deportes

Hematología / Oncología

Enfermedades Infecciosas

Programa de Psiquiatría Intercultural

Medicina Interna

El centro de cáncer Knight / Hematología de la comunidad/ Oncología

Lípidos

Transplante de Hígado

Internistas de la Colina Marquam

Nefrología e Hipertensión

Neurología

Neurocirugía

Cirugía Oral y Maxilofacial

Óregon City

Ortopedia

Otorrinolaringología

Clínica Integral para el Dolor

Hematología y Oncología Pediátrica

Especialidades Pediátricas

Perinatal

Cirugía Plástica

Pulmonar

Oncológica Radioterápica

Transplante Renal

Reumatología

Richmond

Riverplace

Scappoose

Sellwood

Medicina del Sueño

Cirugía Oncológica

Urología

Cirugía Vasculat