



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Health Information Services/
Medical Correspondence
 3181 SW Sam Jackson Park Rd.
 Mail Code: OP17A
 Portland, OR 97239-3098
 (503) 494-8521; fax: (503) 494-6970

N.º DE CUENTA
 N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO
 NOMBRE
 FECHA DE NACIMIENTO

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PRUEBA DE COVID-19 DE OHSU PARA NIÑOS DE KINDER A 12.º GRADO

Este formulario de autorización permite que un tercero acceda a la información listada abajo.

Firmando abajo, autorizo que Oregon Health & Science University revele la información médica protegida de mi hijo que se indica abajo a las personas o entidades listadas en este formulario.

Por el presente, autorizo a OHSU a revelar la siguiente información médica protegida:

- El nombre, el número de expediente médico y la fecha de nacimiento de mi hijo con un kit de detección que muestre que a mi hijo le harán la prueba de COVID-19.

Esta información se puede revelar a:

- _____

Esta información se usará para:

- Coordinar la prueba de COVID-19 para mi hijo con su escuela como parte del K-12 Student Screening Program (Programa de Detección para Estudiantes de Kinder a 12.º grado) de la Oregon Health Authority (OHA) (Autoridad de Salud de Oregón).

También comprendo y acepto lo siguiente:

- Según el artículo 109.650 de los ORS, OHSU puede revelar los resultados de la prueba de un menor de 15 a 17 años a sus padres o a su representante personal legal.
- Puedo recibir los resultados de la prueba de mi hijo mediante una llamada telefónica o por correo electrónico.
- Puedo negarme a firmar esta autorización. Negarme a firmar esta autorización no afectará desfavorablemente a la capacidad de mi hijo de recibir servicios de atención médica o reembolsos por dichos servicios.
- Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a **k12covidtesting@ohsu.edu**.
- La cancelación de esta autorización no se aplicará a las revelaciones que ya haya hecho OHSU en el período en el que mi autorización era válida.
- Puede que la información que se use o revele mediante esta autorización ya no esté protegida por las leyes de privacidad, y la persona u organización que la reciba puede volver a revelarla.
- Esta autorización estará vigente hasta que termine el K-12 Student Screening Program de la OHA, a menos que la cancele antes.

Leí y entiendo esta autorización.

Firmando abajo, afirmo que soy el representante personal del menor y que tengo la autoridad legal para permitir que se comparta su información médica protegida.

 Nombre del menor en letra de molde

 Fecha de nacimiento del menor (MM/DD/AAAA)

 Firma del padre/madre o tutor legal

 Nombre en letra de molde Fecha

 Relación con el menor

