



**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

Página 1 de 1

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 _____ Facturación _____ 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: (Describe 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.

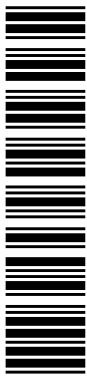
Entiendo que la información usada o divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta que se re-divulgue, y ya no estar protegida bajo las Leyes Federales. Sin embargo, también entiendo que las Leyes Federales o Estatales podrían restringir la re-divulgación de información acerca del VIH/SIDA, 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
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
Continuación de la página 1

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

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
- Otros – Especifique el tipo de información

CLÍNICAS PARA PACIENTES EXTERNOS DE OHSU

Psiquiatría para Adultos
Alergias e Inmunología
Anticoagulación
Audiología
Huesos y Minerales
Transplante de Médula Ósea / Leucemia
Cardiología
Instituto de los Ojos Casey
CDRC en Eugene
Centro de Salud para Mujeres
Psiquiatría para Niños y Adolescentes
Desarrollo y Rehabilitación para Niños (CDRC)
Dermatología
Dermatología Quirúrgica
Diabetes
Salud Digestiva
Pediatria Doernbecher en el Lado Oeste de la Ciudad
Salud de los Empleados
Endocrinología
Salud de los Ejecutivos
Medicina Familiar en la Colina Marquam
Gabriel Park
Gastroenterología
Pediatria 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 Vascular