



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: (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 rehusa 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)
Descripción de la autoridad del representante: _____

Fecha _____

Hora _____



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	Medicina Interna
Alergias e Inmunología	El centro de cáncer Knight / Hematología de la comunidad/ Oncología
Anticoagulación	Lípidos
Audiología	Transplante de Hígado
Huesos y Minerales	Internistas de la Colina Marquam
Transplante de Médula Ósea / Leucemia	Nefrología e Hipertensión
Cardiología	Neurología
Instituto de los Ojos Casey	Neurocirugía
CDRC en Eugene	Cirugía Oral y Maxilofacial
Centro de Salud para Mujeres	Óregon City
Psiquiatría para Niños y Adolescentes	Ortopedia
Desarrollo y Rehabilitación para Niños (CDRC)	Otorrinolaringología
Dermatología	Clínica Integral para el Dolor
Dermatología Quirúrgica	Hematología y Oncología Pediátrica
Diabetes	Especialidades Pediátricas
Salud Digestiva	Perinatal
Pediatría Doernbecher en el Lado Oeste de la Ciudad	Cirugía Plástica
Salud de los Empleados	Pulmonar
Endocrinología	Oncológica Radioterápica
Salud de los Ejecutivos	Transplante Renal
Medicina Familiar en la Colina Marquam	Reumatología
Gabriel Park	Richmond
Gastroenterología	Riverplace
Pediatría General	Scappoose
GI/ Hepatología	Sellwood
Promoción de Salud y Medicina de Deportes	Medicina del Sueño
Hematología / Oncología	Cirugía Oncológica
Enfermedades Infecciosas	Urología
Programa de Psiquiatría Intercultural	Cirugía Vascular