



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

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

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 de la información médica específica descrita a continuación 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 acerca de la salud mental

_____ Información de exámenes genéticos

_____ 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.

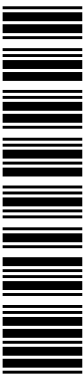
Entiendo que la información usada o divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta que se re-divulgue, y ya no estar protegida bajo las Leyes Federales. Sin embargo, también entiendo que las Leyes Federales o Estatales podrían restringir la re-divulgación de información acerca del VIH/SIDA,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

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
 Pediatría 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
 Pediatría General
 GI/ Hepatología
 Promoción de Salud y Medicina de Deportes
 Hematología / Oncología
 Enfermedades Infecciosas

Programa de Psiquiatría Intercultural
 Medicina Interna
 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