



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información solicitada sobre el paciente:

- ☐ Notas sobre el tratamiento.
- ☐ Registros de laboratorio.
- ☐ Informes de estudios de diagnóstico por imágenes.
- ☐ Formularios de admisión e historia médica.
- ☐ Formularios de actualización del paciente y evaluaciones de resultados.
- ☐ Todos los registros médicos del período especificado.
- ☐ Todos los registros de facturación del período especificado.
- ☐ Otro _____

Fechas específicas de los **registros** solicitados: Desde ____/____/____ hasta ____/____/____

Declaración de autorización (Marque una opción)

- ☐ Autorizo a la clínica a entregarme directamente mis registros médicos.
- ☐ Autorizo a la clínica a entregar mis registros médicos al proveedor médico o a la persona que se indica a continuación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Entrega de la información (Marque una opción)

- ☐ Prefiero recoger mis registros.
- ☐ Prefiero que me envíen mis registros directamente por correo postal a la dirección indicada anteriormente.
- ☐ Envíen mis registros por correo postal o fax al proveedor médico o a la persona que se mencionó previamente.
- ☐ Envíenme mis registros directamente por correo electrónico. Soy consciente de que el correo electrónico no es una plataforma segura para la transmisión de datos de salud y **no responsabilizaré a la clínica.**

Entiendo lo siguiente:

- Es posible que la información que se divulgará incluya información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y con el consumo de alcohol y drogas. Autorizo la divulgación de este tipo de información.
- Tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se haya divulgado información con base en dicha autorización. (Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad).
- Es posible que la información divulgada en respuesta a esta autorización vuelva a divulgarse a otras partes.
- Cualquier facsímil, copia o fotocopia de esta autorización autorizará al proveedor a divulgar los registros aquí solicitados.
- Esta autorización permanecerá vigente durante dos años a partir de la fecha de su firma, momento en el cual vencerá.
- Las tarifas se basan en las normativas locales, estatales y federales y no excederán los \$25.

Firma del paciente o del representante legal autorizado y cargo.

Fecha

Certifico que tengo la autoridad legal según las leyes federales y estatales para hacer esta solicitud en nombre del paciente mencionado anteriormente.

8000 NE Tillamook St ▪ Portland, OR 97213 ▪ Teléfono: 503-255-6771 ▪ Fax: 503-251-5794