

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**MOTIVO:**  Personal  Atención médica  Prestaciones  Litigio  Comp. laboral  Traslado permanente  Otro: \_\_\_\_\_

**AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE:**

**LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ A:**

Nombre del centro o proveedor \_\_\_\_\_

Nombre del centro, proveedor o persona \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Tipo de información que se divulgará - Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)**

**Solo información específica**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de gráficos                | <input type="checkbox"/> Registros de vacunación   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio        | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos | <input type="checkbox"/> Mamografía                                     |
| <input type="checkbox"/> Imágenes/Informes de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Terapia física            | <input type="checkbox"/> Detección de cáncer colorrectal (Colonoscopia) |

**(Solo para Desert Orthopedics) en disco \$10 Rayos X \$15 RMN \$15 Ambos RMN/Rayos X**

**Consulta más reciente**  **Historial médico desde** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_  **Solo los 2 últimos años** - incluye 2 años de historial/notas de evolución y los 3 últimos análisis o 50 páginas, lo que sea mayor, además de los medicamentos actuales, alergias, lista de problemas activos e historial de vacunas.

***Nota: Si no se selecciona ninguna casilla, se enviarán los últimos 2 años - PUEDEN APLICARSE TASAS DE COPIA/FRANQUEO POSTAL DE HASTA \$50 POR MÁS DE 2 AÑOS.***

**Información protegida o sensible**

Si la información que se va a divulgar contiene alguno de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, es posible que se apliquen otras leyes relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información se divulgue si pongo mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información.

Información sobre el VIH/SIDA

Iniciales \_\_\_\_\_ Resultados de salud mental/notas de psicoterapia/neuropsicología – *El personal también obtendrá la aprobación del proveedor documentada en la historia clínica antes de la divulgación*

Iniciales \_\_\_\_\_ Información de pruebas genéticas

Iniciales \_\_\_\_\_ Información sobre el diagnóstico, tratamiento o referencia de drogas/alcohol

**Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación y dejar de estar protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la redivulgación de la información sobre el VIH/SIDA, información sobre salud mental, información sobre pruebas genéticas e información sobre el diagnóstico, tratamiento o referencia de drogas/alcohol.**

- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Puedo inspeccionar o tener copias de cualquier información que vaya a ser utilizada o divulgada bajo esta autorización.
- También entiendo que, si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser divulgada nuevamente y ya no está protegida por estas regulaciones. Sin embargo, es posible que el receptor tenga prohibido divulgar mi información médica en virtud de otras leyes y reglamentos estatales o federales aplicables.
- Asimismo, entiendo que la(s) persona(s) a la(s) que autorizo a utilizar o divulgar mi información puede recibir una compensación (directa o indirectamente) por hacerlo.
- Esta autorización permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se identifique una fecha de finalización.
- Puedo revocar la autorización por escrito en cualquier momento; esta revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Para revocar la autorización antes de la fecha de caducidad o de interrupción, se requiere una notificación de revocación por escrito. Si el paciente es menor de edad, la autorización expirará una vez que el paciente alcance la edad de consentimiento, que es la edad de 15 años según OR 109.640. [inserte la fecha o evento de expiración aplicable] \_\_\_\_\_.

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

Escriba el nombre del paciente o del representante legal del paciente (si procede)

Relación con el paciente