

Revelación de Historia Médica

FORM 1045 - R170621

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Información para Revelar _____

Propósito de Revelación: trasladar otro _____

REVELA DE

Nombre _____

Dirección _____

Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

REVELA A

Nombre _____

Dirección _____

Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

POR LA PRESENTE, YO AUTORIZO A LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM UTILIZAR Y REVELAR LA ESPECÍFICA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DESCRITA ARRIBA AL RECIPIENTE POR LOS PROPÓSITOS ESCRITOS.

SI LA INFORMACIÓN PARA SER REVELADA CONTIENE CUALESQUIERA TIPOS DE DOCUMENTOS O INFORMACIÓN EN LA LISTA ABAJO, LEYES ADICIONALES RELACIONADAS AL USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN LOS PUEDEN PERTENECER. ENTIENDO Y ACEPTO QUE ESTA INFORMACIÓN SERÁ REVELADA SI PONGO MIS INICIALES EN EL ESPACIO APLICABLE AL LADO DEL TIPO DE INFORMACIÓN **(ESTÉ SEGURO DE MARCARLO CON SOLO SUS INICIALES)**:

____ VIH/SIDA

____ SALUD MENTAL

____ PRUEBAS GENÉTICAS

____ DIAGNOSIS, TRATAMIENTO, O REFERENCIA PARA DEPENDENCIA A ALCOHOL/QUÍMICOS

ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN USADA O REVELADA CONFORME A ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER SUJETO A REVELACIÓN DE NUEVO Y YA NO PROTEGIDA BAJO LA LEY FEDERAL. SIN EMBARGO, TAMBIÉN ENTIENDO QUE LA LEY FEDERAL O ESTATAL PUEDE RESTRINGIR REVELACIÓN DE NUEVO DE INFORMACIÓN DE VIH/SIDA, INFORMACIÓN DE LA SALUD MENTAL, INFORMACIÓN DE PRUEBAS GENÉTICAS E INFORMACIÓN DE DIAGNOSIS, TRATAMIENTO, O REFERENCIA PARA DEPENDENCIA A ALCOHOL/QUÍMICOS Y ESPECÍFICAMENTE REQUIERE MI AUTORIZACIÓN ANTES DE REVELARLA DE NUEVO.

HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN Y LA ENTIENDO.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

USTED NO TIENE QUE FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN. NEGACIÓN DE FIRMAR LA AUTORIZACIÓN NO AFECTARÁ DESFAVORABLEMENTE SU HABILIDAD A RECIBIR SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD O REEMBOLSO PARA SERVICIOS. LA ÚNICA CIRCUNSTANCIA EN LA CUAL LA NEGACIÓN DE FIRMAR SIGNIFICA QUE USTED NO RECIBIRÁ SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD ES SI LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD REPRESENTAN INVESTIGACIONES RELACIONADAS AL TRATAMIENTO Y LA AUTORIZACIÓN ES NECESARIA PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN Y RECIBIR TRATAMIENTO RELACIONADO A LA INVESTIGACIÓN.

USTED PUEDE REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO. SI USTED REVOCA SU AUTORIZACIÓN, LA INFORMACIÓN DESCRITA ARRIBA YA NO PODRÍA SER UTILIZADA O REVELADA PARA LOS PROPÓSITOS DESCRITOS EN LA AUTORIZACIÓN ESCRITA. CUALQUIER USO O REVELACIÓN YA HECHO CON SU PERMISO YA NO SE PUEDE DESHACER. PARA REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN, POR FAVOR MANDE UNA DECLARACIÓN ESCRITA A LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM, 2478 13TH ST SE SALEM OR 97302, Y DIGA QUE USTED ESTÁ REVOCANDO ESTA AUTORIZACIÓN.

Firmado por _____ Fecha _____

Nombre en letras de molde _____ Relación al Paciente _____

Al menos que sea revocada, esta autorización expira (escriba la fecha o el evento aplicable) _____

CPS SOLAMENTE

Fecha Revelada _____ Revelada por _____



Salem Pediatric Clinic
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE
Salem, Oregon 97302
503-362-2481 · Phone
503-371-7803 · Fax
SalemPediatricClinic.com