



**Oregon Health & Science University  
Hospitals and Clinics  
Centro de Rehabilitación y Desarrollo  
Infantil (CDRC)**  
P.O. Box 574  
Portland, OR 97207-0574  
(503) 494-8095, Fax (503) 494-4447

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 \_\_\_\_\_ informes de CDRC \_\_\_\_\_ 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 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.

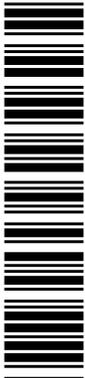
Entiendo que la información usada o divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta que se re-divulgue, y ya no estar protegida bajo las Leyes Federales. Sin embargo, también entiendo que las Leyes Federales o Estatales podrían restringir la re-divulgación de información acerca del VIH/SIDA,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

Descripción de la autoridad del representante \_\_\_\_\_



MR1470



**Oregon Health & Science University  
Hospitals and Clinics  
Centro de Rehabilitación y Desarrollo  
Infantil (CDRC)**  
P.O. Box 574  
Portland, OR 97207-0574  
(503) 494-8095, Fax (503) 494-4447

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

Viene de la página 1

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
- CDRC - informes de CDRC
- 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   |
| Beaverton   | Internistas de la Colina Marquam                                    |
| Huesos y Minerales                                    | Nefrología e Hipertensión   |
| Transplante de Médula Ósea / Leucemia                 | Neurología  |
| Cardiología   | Neurocirugía  |
| Instituto de los Ojos Casey                           | Cirugía Oral y Maxilofacial   |
| Centro de Salud para Mujeres                          | Óregon City   |
| Psiquiatría para Niños y Adolescentes                 | Ortopedia   |
| Centro de Rehabilitación y Desarrollo Infantil (CDRC) | Otorrinolaringología  |
| Centro de Rehabilitación y Desarrollo Infantil (CDRC) | Clínica Integral para el Dolor                                      |
| en Eugene   | Hematología y Oncología Pediátrica                                  |
| Dermatología  | Especialidades Pediátricas  |
| Dermatología Quirúrgica                               | Perinatal   |
| Diabetes  | Cirugía Plástica  |
| Salud Digestiva                                       | Pulmonar  |
| Salud de los Empleados                                | Oncológica Radioterápica  |
| Endocrinología  | Transplante Renal   |
| Salud de los Ejecutivos                               | Reumatología  |
| Medicina Familiar en la Colina Marquam                | Richmond  |
| Gabriel Park  | Riverplace  |
| Gastroenterología                                     | Scappoose   |
| Pediatría General                                     | Sellwood  |
| GI/ Hepatología                                       | Medicina del Sueño  |
| Promoción de Salud y Medicina de Deportes             | Cirugía Oncológica  |
| Hematología / Oncología                               | Urología  |
| Enfermedades Infecciosas                              | Cirugía Vasculat  |
| Programa de Psiquiatría Intercultural                 |   |