

# Revelación de información de registros médicos

Departamento de registros médicos (ROI) (Medical Records Department [ROI]) ■ 335 SE 8<sup>th</sup> Ave. Hillsboro, OR 97123 ■ Tel: (503)681-1195 ■ Fax: (503)681-1969 ■ Email: ROI@tuality.org

**Autorización para obtener y revelar información médica.** Por favor, complete la siguiente información.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado/ Código postal: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Email/Fax: \_\_\_\_\_

**Revelar los registros** (marque todo lo que corresponda):

- Al paciente:** la misma información que se muestra arriba       **A AMBOS**  
 **A otros:** complete **SU** información abajo [instalaciones médicas o particular]:

Nombre

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Tel

Email/Fax

## Información que quiere revelar u obtener

Fechas/información específicos: \_\_\_\_\_

- Registros pertinentes:** últimos dos (2) años, predeterminado  
 **Informes de laboratorio**  
 **Placas o informes de radiología**  
 **Registros de atención de urgencia o emergencias**  
 **Inmunizaciones**  
 **Otros (especificar):** \_\_\_\_\_

## Cómo obtener sus registros

Si mi información contiene alguno de los tipos de registros que se muestran abajo, pueden aplicarse otras leyes relativas al uso y la revelación de mi información. **Al poner mis iniciales en la selección aplicable**, entiendo y acepto que esta información se revelará al personal que se muestra arriba.

- \_\_\_ **Pruebas de VIH/SIDA**  
\_\_\_ **Registros de salud mental**  
\_\_\_ **Información sobre pruebas genéticas**  
\_\_\_ **Información sobre remisión, tratamiento o diagnóstico de drogas o alcohol**

**Método de entrega preferido:**  Correo     Email     Fax     My Chart     Recogida

**Motivo de la petición** (seleccione uno):

- Atención continua     Personal     Legal     Seguro médico     Otros: \_\_\_\_\_

### Restricciones

Entiendo que la información revelada puede ser objeto de una nueva revelación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida.

### Derechos

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a hacerlo no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información que se vaya a utilizar o revelar en virtud de esta autorización de acuerdo con la política de la organización. Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización por escrito. La anulación tendrá efecto partir de su recepción, pero no lo tendrá si esta organización ha tomado medidas basándose en esta autorización.

Firma del paciente o del tutor legal

Fecha

Garante, apoderado u otro representante legal

**Fecha de caducidad:** Esta autorización caducará 12 meses después de la fecha de la firma, a menos que se anule o se especifique lo contrario abajo:

Evento o fecha de caducidad **alternativa:** \_\_\_\_\_