

Revelación de información de registros médicos

Departamento de registros médicos (ROI) (Medical Records Department [ROI]) ■ 335 SE 8th 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 seleccionar (✓) para marcar las casillas aplicables abajo, 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 MyChart 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:
632910 (08/21)

335 SE 8th Ave
Hillsboro, OR 97123
T: 503-681-1195 F: 503-681-1969

Evento o fecha de caducidad **alternativa:** _____