

## Revelación de información de registros medicos

Departamento de registros médicos (ROI) ▪ 335 SE 8th Ave. Hillsboro, OR 97123 ▪ Tel: (503)681-1195 Fax: (503)681-1969 ▪ Email: ROI@tuality.org

**Revelación 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: \_\_\_\_\_

**Autorización para revelar los registros** (marque todo lo que corresponda):

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

**Motivo de la petición (seleccione uno):**  Atención continua  Personal  Legal

Seguro medico  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:** \_\_\_\_\_