COPA
CENTRAL OREGON PEDIATRIC ASSOCIATES
www.copakids.com
2200 NE Professional Ct.
Bend, Oregon 97701
Phone: 541-389-6313
Fax: 541-389-8760

AUTHORIZATION TO RELEASE AND/OR RECEIVE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Autorizacion para liberar y/o recibir informacion medica protegida

Esta autorizacion debe ser escrita, fechada y firmada por el paciente o la persona autorizada por la ley para dar autorizacion. Si la persona que esta competando este formulario es el tutor legal, tiene custodia legal o poder notarial del paciente, el documento legal que indique la autorizacion debe estar adjunta a esta peticion. El completar este formulario es voluntario. Sin embargo, la denegacion para liberar informacion medica puede afectar la veracidad para el servicio.

Para nuestras familias: La ley federal nos exige cumplir con la ley Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Podemos ayudarlo mejor si podemos trabajar en conjunto con otras agencias/individuos que conocen a su hijo (a) y su familia.

1

Por la presente autorizo: **(Clinica medica que esta dando la informacion)**

NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACION REMITENTE

STREET ADDRESS

CITY STATE ZIP CODE

TELEPHONE NUMBER FAX NUMBER

Para divulgar a: **(Clinica medica que esta recibiendo su informacion)**

NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACION REMITENTE

DIRECCION

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NUMERO DE TELEFONO NUMERO DE FAX

2

Expediente e informacion perteneciente a :

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)

NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

3 DISTRIBUCION:
NUMERO DE FAX:_____
ENVIO DE COPIA EN PAPEL A LA DIRECCION ANTERIOR:_____
RETIRAR UNA COPIA EN PAPEL EN LA CLINICA:____
SUBIR UNA COPIA A MYCHART:____

4

La informacion a divulgar sera utilizada para el/los siguiente(s) fin(es):
Copia Personal Continuidad cuidado Seguro medico Legal/Abogado Compensacion al trabajador Comunicacion verbal Otro: _____

5

Informacion divulgada:("X" cada linea a ser divulgada) *Desde* _____ *Hasta* _____

_____Notas Medicas
_____ Hospitalizaciones
_____ Reportes de patologias
Formularios de historial desde el nacimiento
Grafica de crecimiento
Resultados de Laboratorio
_____ Control del nino(a) sano *(a)*
_____ Cartilla de vacunacion
_____ Reportes de Radiologia

6

Si la informacion a ser usada/divulgada contiene alguno de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, se pueden aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información se utilizará o divulgará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente al lado del tipo de información:

_____INFORMARCION DE PRUEBAS GENETICAS_____ ETS (HIV/SIDA) RECORDS Y RESULTADOS
_____ INFORMACION DE LA SALUD MENTAL _____ INFORMACION DE LA SALUD CONDUCTUAL
_____ RECORD DE DROGAS/ALCOHOL

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto cuando se hayan tomado medidas en dependencia de la autorización. A menos que se revoque antes, este consentimiento vencerá 6 meses después de la fecha de la firma o tendrá vigencia durante un período razonablemente necesario para completar la solicitud. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Central Oregon Pediatrics Associates. Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. También entiendo que cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización; puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegido por la Regla de privacidad federal HIPAA.
Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en la medida en que Central Oregon Pediatrics Associates haya actuado confiando en ella. Mi revocación por escrito debe enviarse al secretario de registros médicos en Central Oregon Pediatrcis Associates al 2200 NE Professional Ct, Bend, OR 97701.

7

Finalmente, como es el caso con respecto a todos los representantes personales bajo la Regla de Privacidad y las Leyes Estatales de Oregon ORS 109.640, ORS 109.610, ORS 109.675, un proveedor, cuando cree razonablemente en su juicio profesional, puede elegir no tratar a un padre/madre como un representante personal cuando el niño (a) ha sido o puede estar sujeto a violencia doméstica, abuso o negligencia, o cuando al tratar padre/madre como el representante personal podria poner al niño(a) en peligro.

RELACION CON EL PACIENTE: Paciente Padre/Madre Tutor(a) Legal Custodia Legal

SIGNATURE/*FIRMA* **DATE/*FECHA***

PRINTED NAME/*NOMBRE ESCRITO*

Solo para leer. No para usar