

Instrucciones para la liberación *de* información de COPA

Como completar el formulario de Autorización para liberar y/o recibir Información de salud protegida

Por favor Note: Si el paciente tiene **15 años o mayor**, tienen que completar y firmar la liberación ellos mismos.

- 1 Incluya el **nombre, dirección y número de teléfono** de la clínica que o persona que libera los records
- 2 Incluya el **nombre completo, fecha de nacimiento, número de teléfono y dirección** del paciente al cual pertenecen los records
- 3 Ponga una **"X"** para indicar para que se usaran los records
- 4 Ponga sus **iniciales** o una **"X"** al lado de la información que usted desee que COPA reciba. Por favor, también ponga el periodo de tiempo que se está liberando
- 5 Ponga su **inicial** al lado de cada categoría que usted desee que COPA reciba. Solo la información en la cual usted ponga sus iniciales al lado será recibida. Esta información no será recibida si usted pone una **"X"** en la línea que requiere sus iniciales
- 6 Firme y escriba su nombre, fecha e indique con una **"X"** en el recuadro apropiado para describir su relación con el paciente.



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

CENTRAL OREGON
 PEDIATRIC ASSOCIATES

**AUTHORIZATION TO RELEASE AND/OR
 RECEIVE PROTECTED HEALTH INFORMATION**

**Autorización para liberar y/o recibir
 información médica protegida**

Esta autorización debe ser escrita, fechada y firmada por el paciente o la persona autorizada por la ley para dar autorización. 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 autorización debe estar adjunta a esta petición. El completar este formulario es voluntario. Sin embargo, la denegación para liberar información médica 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: (Clínica médica que esta dando la información)

Para divulgar a: (Clínica médica que esta recibiendo su información)

NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACION REMITENTE

NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACION REMITENTE

STREET ADDRESS

DIRECCION

CITY STATE ZIP CODE

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEPHONE NUMBER FAX NUMBER

NUMERO DE TELEFONO NUMERO DE FAX

2 Expediente e información perteneciente a :

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

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: _____

NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

4 La información 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 Información divulgada: ("X" cada línea a ser divulgada): Desde _____ Hasta _____

____ Notas Medicas Formularios de historial desde el nacimiento ____ Control del niño(a) sano (a)
 ____ Hospitalizaciones ____ Grilla de crecimiento ____ Cartilla de vacunacion
 ____ Reportes de patologias ____ Resultados de Laboratorio ____ Reportes de Radiologia

6 Si la información 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:

____ INFORMACION 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 sujeto 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 Pediatrics 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 podría 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