

Instrucciones para la divulgación de información de COPA

Como llenar el formulario de “Autorización Para **Divulgar** Información de Salud Protegida” de COPA

Tome en cuenta: Si el paciente tiene 15 años o más, ellos mismos deben llenar y firmar la autorización

- 1

 Incluya **nombre, dirección, y número de teléfono** de la clínica o la persona recibiendo los registros.
- 2

 Incluya **nombre completo, fecha de nacimiento, número de teléfono y dirección** del paciente al que pertenecen los registros.
- 3

 Marque con “X” para indicar como quiere recibir los registros. Si quiere recoger los registros en persona, por favor indique la ubicación donde los quiere recoger.
- 4

 Marque con “X” para indicar el proposito de la divulgacion de los registros.
- 5

 Ponga sus iniciales o una “X” junto al tipo de información que quiere que COPA divulgue. Por favor también indique el periodo de tiempo de los registros que se divulgaran (por ejemplo, de 1/1/21 a 1/31/21)
- 6

 Ponga sus **iniciales** junto a cada categoría que quiere que COPA divulgue. Solamente las categorías indicadas con sus iniciales se divulgaran. Esta información no se divulgará si pone una “X” en la línea—tiene que poner sus **iniciales**.
- 7

 Firme y escriba su nombre en letra de molde, fecha y marque con “X” el cuadro indicando la relación correspondiente.
- 8

 Ponga sus iniciales indicando su reconocimiento de las tarifas asociadas.

Esta autorización debe de ser escrita, fechada y firmada por el paciente o por la persona autorizada por la ley para dar autorización. Si la persona que completa este formulario es el tutor legal, tiene la custodia legal o el poder notarial del paciente, el documento legal que indica la autorización debe estar adjunta a esta petición. El completar este formulario es voluntario. Sin embargo, denegación de divulgar información médica que sea necesaria puede afectar su elegibilidad para servicios. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento. La ley federal exige que COPA cumpla con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la ley de Oregon.

Por la presente autorizo a: (Consultorio médico que divulgará su información)

1

Para divulgar a: (Consultorio médico que recibirá su información)

Central Oregon Pediatric Associates

Nombre de la oficina/ organización enviando

Nombre de la oficina/ Organización/Persona recibiendo

2200 NE Professional Court

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

Bend Oregon 97701

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

541-389-6313 541-389-8760

NÚMERO DE TELÉFONO NÚMERO DE FAX

NÚMERO DE TELÉFONO NÚMERO DE FAX

2

Registros e información perteneciente a:

NOMBRE DEL PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO
COMPLETO Y LEGAL (MM/DD/AAAA)

NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA

DIRECCIÓN

CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL

3

Distribución:

- ☐ Número de fax: _____
- ☐ Enviar copia en papel a la dirección anotada arriba
- ☐ Recoger copia en papel – ubicación: _____
- ☐ Enviar unidad USB a la dirección anotada arriba
- ☐ Enviar por correo electrónico seguro
- ☐ Subir al portal MyHealth (si actualmente registrado)

4

La información divulgada se utilizará para los siguientes propósitos:

☐ Copia personal ☐ Continuación de cuidado ☐ Legal/Abogado ☐ Comunicación verbal ☐ Otro: _____

5

Información que será divulgada (marque un "X" en cada línea que debe ser divulgada: Desde: _____ Hasta: _____)

____ Notas de consulta ____ Examen físico deportivo ____ Citas de control ____ Registros de inmunización
____ Gráficos de crecimiento ____ Resultados del laboratorio ____ Informes radiológicos ____ Otro: _____

6

Si la información que se utilizará/divulgará contiene alguno de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, podrían aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información se utilizará o divulgará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información:

____ INFORMACIÓN SOBRE PRUEBAS GENÉTICAS ____ PRUEBAS DE VIH/SIDA E INFORMACIÓN RELACIONADA
____ INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL ____ PRUEBAS Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)
____ REGISTROS SOBRE DROGAS/ALCOHOL ____ INFORMACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA (Anticonceptivo, Prueba De Embarazo, etc.)

Esta autorización expirará 6 meses después de la fecha que fue firmada. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier momento mediante notificación por escrito a COPA, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a ella. Entiendo que mis registros podrían contener información confidencial protegida por ley. 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 es posible que ya no esté protegido por la Regla de Privacidad Federal HIPAA. *NOTA: Pacientes de 14 años y mayores deben autorizar la divulgación de registros médicos para tratamiento específico (Ver sección 6). Pacientes de 15 años y mayores deben autorizar la divulgación de registros médicos para tratamiento médico general. Con respecto a todos los representantes personales bajo la Regla de Privacidad y las Leyes del Estado de Oregon ORS 109.640, ORS 109.610, ORS 109.675, un proveedor puede elegir no tratar a un padre como representante personal cuando el proveedor crea razonablemente, en su juicio profesional o que el niño ha sido o puede estar sujeto a violencia doméstica, abuso o negligencia, o que tratar al padre como representante personal del niño podría poner en peligro al niño.

RELACIÓN AL PACIENTE: ☐ Paciente ☐ Padres ☐ Guardian ☐ Custodio Legal

SIGNATURE/FIRMA

PRINTED NAME/NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE

DATE/FECHA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

7

Esta autorización debe ser escrita, fechada y firmada por la persona autorizada por ley para dar la autorización. *Pacientes de 14 años y mayores deben autorizar la divulgación de registros médicos para tratamiento específico (Ver sección 6). Pacientes de 15 años y mayores deben autorizar la divulgación de registros médicos para tratamiento médico general.

Para nuestras familias: La ley federal nos exige cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la ley de Oregón. Le podemos ayudar mejor si podemos trabajar con otras agencias/individuos que conocen a su hijo y su familia.

Las tarifas asociadas con esta solicitud de registros se evaluarán de conformidad de las pautas federales y estatales. Para uso personal o legal, habrá un cargo de \$25 por las primeras 10 páginas y \$0.25 por página adicional, sin exceder la cantidad de \$50. Los registros producidos electrónicamente o a través de una unidad USB se cobrarán a \$15 por solicitud. Por favor, tenga en cuenta que esta solicitud puede tardar hasta 30 días en procesarse.

_____ Mis iniciales indican el reconocimiento de las tarifas indicadas anteriormente, tal y como se aplican a mi solicitud.