

Instrucciones para la divulgación de información a COPA

Como llenar el formulario de “Autorización Para Recibir 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 persona divulgando 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 el propósito de la solicitud de registros.
- 4

 Ponga sus iniciales o una “X” junto al tipo de información que quiere que reciba COPA. Por favor también indique el periodo de tiempo de los registros que se divulgaran (por ejemplo, de 1/1/21 a 1/31/21).
- 5

 Ponga **sus iniciales** junto a cada categoría que quiere que reciba COPA. Solamente las categorías indicadas con sus iniciales se recibirán. Esta información **no** se recibirá si pone una “X” en la línea– tiene que poner sus **iniciales**.
- 6

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



CENTRAL OREGON
PEDIATRIC ASSOCIATES

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

AUTHORIZATION TO RECEIVE PROTECTED HEALTH INFORMATION

*Autorización para recibir
información de salud protegida*

Esta autorización debe de ser escrita, fechada y firmada por el paciente o por la persona autorizada por ley para dar autorización. Si la persona que completa este formulario es el tutor legal, tiene custodia legal o el poder notarial del paciente, el documento legal que indica 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 Oregón.

1

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

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

Central Oregon Pediatric Associates

Nombre de la oficina/ organización **enviando**

Nombre de la oficina/ organización **recibiendo**

2200 NE Professional Court

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

Bend

Oregon

97701

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CIUDAD

ESTADO

CODIGO 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:

Aviso: Registros se deben enviar por fax a 541-389-8760

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

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

3

La información divulgada se utilizará para los siguientes propósitos:

☐

Copia personal

☐

Continuación de cuidado

☐

Legal/Abogado

☐

Comunicación verbal

☐

Otro

4

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

Notas de consulta

Formularios de historia de nacimiento

Citas de control

Internaciones

Gráficos de crecimiento

Registros de inmunización

Informes de patología

Resultados de pruebas y análisis de laboratorio

Informes radiológicos

5

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

_____ REGISTROS Y RESULTADOS SOBRE VIH/SIDA

_____ INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

_____ INFORMACION SOBRE SALUD CONDUCTUAL

_____ REGISTROS SOBRE DROGAS/ALCOHOL

_____ SALUD REPRODUCTIVA (ANTICONCEPTIVO, PRUEBA DE ETS, ETC.

6

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 5). 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 Oregón 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 ☐ Custodia Legal

SIGNATURE/FIRMA

DATE/FECHA

PRINTED NAME/NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE