

# 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  
Teléfono: 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 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:**

**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

\_\_\_\_\_ INFORMACIÓN SOBRE SALUD CONDUCTUAL

\_\_\_\_\_ REGISTROS SOBRE DROGAS/ALCOHOL

\_\_\_\_\_ SALUD REPRODUCTIVA (ANTICONCEPTIVO, PRUEBA DE ETS, ETC.)

**6** Esta autorización expirara un año 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 parente 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 parente 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**