



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**

*Autorización para divulgar y/o
recibir información de salud protegida*

Esta autorización debe de ser escrita, fechada y firmada por el paciente o por la persona autorizada por la ley para dar autorización. Si el individuo completando este formulario es el tutor legal, tiene custodia legal o el poder notarial del paciente, el documento legal que indica autorización debe esta adjunta a esta petición. El completar este formulario es voluntario, pero denegación de divulgar información médica que sea necesaria puede afectar su elegibilidad para servicios.

A nuestra familias: Estamos obligado por ley Federal para cumplir con la Ley de Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPAA). Nosotros te podemos ayudar mejor si somos capaces de trabajar con otros organismos o personas que conoce a su hijo(a) y a su familia.

Yo por el presente autorizo: (La oficina medica que esta dando su información de este lado)

Para divulgar a: (La oficina medica que esta recibiendo su información de este lado)

NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACION REMITENTE

NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN REMITENTE

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO NÚMERO DE FACSIMILE

NÚMERO DE TELÉFONO NÚMERO DE FACSIMILE

NO PARA EL USO SOLAMENTE PARA LEER/NOT FOR USE FOR READING ONLY

Expedientes e información relativa:

Distribución:

NOMBRE COMPLETO DE PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/ANO)

de Fax

NUMERO DEL EXPEDIENTE TELÉFONO DEL DÍA

Enviar a la dirección arriba

Recoger

DIRECCIÓN

Tipo:

Papel

Electrónico

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

La información divulgada será usada para el siguiente propósito:

Copia Personal Continuidad de Cuidado Seguro Medico Legal/Abogado Reclamación por Indemnización Laboral De ___ a ___ Otro:

NOTAS DE CONSULTA De A

___ Historia de Nacimiento ___ Revisiones del Nino Saludable ___ Hospitalizaciones ___ Graficas de Crecimiento ___ Reporte de Vacunas

REPORTES DE PATOLOGIA Nombre/Clase de estudio(s)

RESULTADOS DE ESTUDIOS Nombre/Clase de estudio(s)

REPORTES DE RADIOLOGIA Nombre/Clase de estudio(s)

INFORMACION DE PRUEBAS GENETICAS De A Firma Fecha:

ARCHIVOS Y RESULTADOS DE VIH/SIDA De A Firma Fecha:

ENFERMEDAD TRANSMITIDO POR EL SEXO De A Firma Fecha:

INFORMACION DE LA SALUD MENTAL De A Firma Fecha:

Evaluación Plan de Tratamiento Asistencia Plan de Alto Otro (Especifique):

INFORMACION DE LA SALUD CONDUCTUAL De A Firma Fecha:

Evaluación Plan de Tratamiento Asistencia Plan de Alto Otro (Especifique):

ARCHIVOS DE DROGAS/ALCOHOL De A Firma Fecha:

Evaluación Plan de Tratamiento Asistencia Plan de Alto Otro (Especifique):

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, la única excepción siendo cuando acción sea tomada a medidas de la autorización. A menos que sea revocado antes, este consentimiento se vencerá 6 meses después de la fecha que fue firmado o se mantendrá en efecto un tiempo razonable para que sea completado. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento en Central Oregon Pediatric Associates. Tengo el derecho a negarse a firmar esta autorización. También entiendo que cuando la información es usada o divulgada en virtud de esta autorización, que puede ser objeto de divulgación por parte del destinatario y no puede ser protegido por la regla de privacidad HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en la medida en que Central Oregon Pediatric Associates ha actuado en la dependencia de ella. Mi revocación escrito debe ser presentado al registro medico empleado a Central Oregon Pediatrics Associates at 2200 NE Professional Ct, Bend Or. 97701

Finalmente, como es el caso con respecto a los representantes personales en virtud de la Regla de Privacidad y Las leyes de Estado de Oregon ORS 109.640, ORS 109.610, ORS 109.675, un Medico puede elegir por no tratar un padre como representante personal cuando el medico razonablemente cree, en su juicio profesional o que el niño ha sido o puede ser sometido a la violencia en el hogar, abuso o negligencia o que tratar al padre como representante personal del niño podría poner en peligro al niño.

La información aquí es la traducción de la versión en Ingles. Por favor firme la versión en Ingles.

The information here is the translation of the English version. Please sign the English version.

AUTORIZACION PARA LA LIVERACION DE INFORMACION

Esta autorización debe ser escrita, fechada y firmada por la persona autorizada por la ley para dar esta autorización.

A Nuestras Familias: Estamos requeridos por ley a cumplir con la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Podemos ayudarle mejor si podemos trabajar con otras agencias /individuos que conozcan a su hijo y a su familia. Por favor tome en cuenta que esto puede tomar hasta 30 días para procesar. **Para uso personal o Legal habrá un cargo de \$25 Dólares por las primeras 10 páginas y \$0.25 centavos por página adicional, no excederá el monto de \$50 Dólares.**
