

# AUTORIZACIÓN MÉDICA

2485 12th St. SE  
Salem, Oregon 97302  
Phone: 503-399-1386  
Fax: 503-399-1182



**CAPITAL  
NEUROSURGERY  
SPECIALISTS**

## AUTORIZACIÓN PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE:

Nombre de la instalación/medico: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE:

Nombre de la instalación/medico: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

### Tipo de información que se divulgará

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de Expediente Médico          | <input type="checkbox"/> Reportes de Imágenes   | <input type="checkbox"/> Informes Operativos Hospitalario |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio y Patología | <input type="checkbox"/> Registros de Terapia Física  | <input type="checkbox"/> Historial de 5 años más reciente |
| <input type="checkbox"/> Estados de Cuenta                   | <input type="checkbox"/> Registros médicos de _____ a _____   | <input type="checkbox"/> Otro                             |
| <input type="checkbox"/> Todos Los Registro Médicos          | <i>** Nota: Si la casilla de verificación no está seleccionada, se copiará/imprimirá cualquier registro que su médico considere necesario para su atención.</i> |   |

### Cómo se realizarán los registros:

- Por correo     Por fax     Correo electrónico no seguro     Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*\*\*Si los registros se divulgarán a través de su correo electrónico, es importante que comprenda los riesgos asociados con este método de transmisión. He sido informado de los riesgos que implica el uso de correo electrónico no seguro y autorizo la divulgación de los registros mencionados anteriormente por correo electrónico.\*\**

### Propósito de liberación:

- Atención continua     Copias para uso propio     Legal     Transferencia a otro médico     Otro: \_\_\_\_\_

**Información protegida o confidencial:** Si la información que se va a divulgar contiene cualquiera de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, es posible que se apliquen leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información se divulgará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente al lado del tipo de información.

\_\_\_\_\_ Información sobre VIH/SIDA  
*Iniciales*

\_\_\_\_\_ Información de salud mental  
*Iniciales*

\_\_\_\_\_ Diagnostico de Drogas/alcohol, información de tratamiento o referencia  
*Iniciales*

\_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas  
*Iniciales*

Entiendo que la información utilizada o divulgada con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley federal; sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la divulgación de información sobre VIH/SIDA, información sobre la salud mental, información sobre pruebas genéticas y Diagnóstico de Drogas/alcohol, información de tratamiento o referencia.

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:** No necesita firmar esta autorización. Negarse a firmar la autorización no afectará negativamente su capacidad para recibir servicios de atención médica o el reembolso de los servicios. La única circunstancia en la que negarse a firmar significa que no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de atención médica representan un tratamiento relacionado con la investigación y la autorización es necesaria para participar en el estudio de investigación y recibir el tratamiento relacionado con la investigación. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá usarse ni divulgarse para los fines descritos en esta autorización por escrito. Cualquier uso o divulgación ya realizada con su permiso no se puede deshacer. Esta autorización vencerá en 1 año a partir de la fecha firmada a continuación, a menos que se ingrese otra fecha o evento aquí \_\_\_\_\_.

Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito declarando que revocara esta autorización a:

Capital Neurosurgery Specialists  
Attention: Medical Records,  
2485 12th St. SE  
Salem, OR 97302

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma de paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_