

Estimado(a) paciente:

Debe rellenar el formulario de **Autorización para divulgar información médica** cuando desee que se envíe una copia de su información a su nuevo médico de atención primaria de Northwest Primary Care (NWPC) o para uso personal o cuando necesite una copia de la información médica de su hijo(a) para uso personal. Esta información está protegida por la ley HIPAA y se divulgará únicamente con su autorización.

Además de los registros de su médico de atención primaria, indique si se ha realizado alguna de las siguientes pruebas:

- Mamografía
- Prueba de Papanicolaou
- Colonoscopia
- Examen ocular por diabetes
- Densitometría

## Instrucciones para rellenar el formulario de divulgación de registros de NWPC:

*(Importante: Toda información que no se proporcione o que se proporcione de manera incorrecta puede retrasar o anular su solicitud).*

- Es posible que se requiera una identificación con foto para la verificación del paciente/tutor.
- Asegúrese de escribir de forma legible los siguientes datos:
  - Fecha de nacimiento
  - Nombre anterior (si aplica)
  - Lugar al que desea que se envíen los registros (incluya la dirección o el número de fax)
  - Motivo por el que se envían los registros (propósito de la divulgación)
  - Tipo de información que se va a divulgar (lo normal es que la opción "todos los registros" abarque los dos últimos años de tratamiento, a menos que se solicite específicamente lo contrario)
  - Fecha y firma del paciente/tutor
- Si desea que la información se envíe por fax, marque la opción "Autorización para enviar por fax" en el formulario. Tenga en cuenta que no enviaremos por fax ningún registro de más de 50 páginas.
- De acuerdo con la legislación del estado de Oregón, los registros se enviarán en un plazo de 30 días.

## Quiénes pueden recibir copias de registros médicos:

**Pacientes adultos:** copias de sus propios registros médicos

**Padres o tutores legales:** copias de los registros médicos de sus hijos menores de edad

**Apoderados:** copias de los registros médicos de la persona nombrada en el poder (por ejemplo, esposa, esposo o pareja, adulto discapacitado)



# Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre anterior (si aplica) \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Calle, ciudad, estado, código postal

Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Autorizo la divulgación de la información de:** (en letra de imprenta) **Enviar mis registros a:**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle, ciudad, código postal \_\_\_\_\_

Northwest Primary Care  
PO Box 22075  
Milwaukie, OR 97269

### Propósito de la divulgación

- Insatisfacción con el médico
- Insatisfacción con el personal
- Transferencia de atención
- Mudanza
- Uso personal
- Cambio de seguro
- Derivación/consulta
- Legal
- Otra opción \_\_\_\_\_

**Autorización para enviar información por fax:** autorizo que envíen mis registros médicos por fax. Todos los documentos enviados por fax contienen una declaración de confidencialidad; sin embargo, entiendo que no se puede garantizar la confidencialidad en el extremo receptor.  Sí  NO

**Deseo que los registros se envíen en:**  CD (Adobe 8 o superior)  Papel (*Si no se marca, el CD es el método por defecto*).

### Tipo de información que se divulgará

- Registros médicos generales (Abarcan los dos últimos años de tratamiento).
- Solo información particular:** especifique. \_\_\_\_\_

**Información protegida o confidencial:** entiendo que cierta información no puede ser divulgada sin una autorización específica como lo exige la legislación estatal o federal. **CON MIS INICIALES**, autorizo la divulgación de la siguiente información protegida o confidencial:

_____ <small>Iniciales</small> Información sobre el diagnóstico, el tratamiento o la remisión con respecto a drogas o alcohol	_____ <small>Iniciales</small> Salud mental o tratamiento de salud mental
_____ <small>Iniciales</small> Información de pruebas genéticas	_____ <small>Iniciales</small> Información sobre VIH/sida

No se le negará el tratamiento si se rehúsa a firmar el formulario de autorización, a menos que el tratamiento que se vaya a proporcionar se considere un tratamiento en investigación.

Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito a Northwest Primary Care Group. Si usted revoca su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos información sobre usted por las razones cubiertas en esta autorización escrita, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación ya realizado con su permiso.

Esta autorización caducará en 180 días a partir de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario.

He revisado y entiendo esta autorización. También entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por la legislación federal.

POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
Paciente o representante del paciente

Descripción del carácter del representante: \_\_\_\_\_

- |  |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>CLÍNICA DE DWYER</b><br>10024 SE 32nd Avenue<br>Milwaukie, OR 97222<br>Fax: 503-654-5666 | <input type="checkbox"/> <b>CLÍNICA DE HAPPY VALLEY</b><br>16144 SE Happy Valley<br>Town Center Drive<br>Building H, Suite 101<br>Happy Valley, OR 97086<br>Fax: 503-698-4018 | <input type="checkbox"/> <b>CLÍNICA DE MILWAUKIE</b><br>3033 SE Monroe Street<br>Milwaukie, OR 97222<br>Fax: 503-659-4730 | <input type="checkbox"/> <b>CLÍNICA DE OREGON CITY</b><br>1511 Division Street<br>Suite 102<br>Oregon City, OR 97045<br>Fax: 503-353-1234 | <input type="checkbox"/> <b>CLÍNICA DE SELLWOOD</b><br>6327 SE Milwaukie Avenue<br>Portland, OR 97202<br>Fax: 503-353-1297 | <input type="checkbox"/> <b>REGISTROS MÉDICOS</b><br>12300 SE Mallard Way<br>Suite 160<br>Milwaukie, OR 97222<br>Fax: 503-353-1293 |
|--|---|---|---|--|--|