

# Registros Médicos – Revelación de Información

NW Preventive & Primary Care

730 SE Oak St. Ste K  
Hillsboro, OR 97123

Ph: 503.430.1057

**Fax: 503.430.1085**

www.nwppc.com

\_\_\_ Dr. Michael W Owen

\_\_\_ Dr. Shawn M Peters

\_\_\_ Byung Cho, LAC, MSOM

\_\_\_ Kara Huffman, LMT

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Revelar Registros A:

**Obtener Registros DE:**

**A mí mismo (igual dirección)**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

### Información a revelar/obtener:

Fechas De y A: \_\_\_\_\_

Registros Pertinentes (por defecto últimos 2 años)

Informe(s) de Laboratorio

Informe(s) de Radiología

Registros(s) de Emergencias/Urgencias

Otros \_\_\_\_\_

### REGISTROS ESPECIALMENTE PROTEGIDOS

Si la información que se va a revelar contiene cualquiera de los tipos de registros o datos indicados a continuación, pueden aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y la revelación de información. Entiendo y acepto que esta información será revelada si anoto mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información.

\_\_\_\_\_ Información sobre VIH/SIDA

\_\_\_\_\_ Información sobre salud mental

\_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas

\_\_\_\_\_ Información de diagnóstico, tratamiento o remisión de drogas/alcohol

### Propósito de la Revelación

Continuar Cuidados  Registro Personal  Legal  Seguro  Otro \_\_\_\_\_

**Restricciones:** Comprendo que la información revelada puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del receptor y es posible que ya no esté protegida.

**Derechos:** Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información que vaya a ser revelada/utilizada bajo esta autorización, de conformidad con las normas de la organización. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito. Mi revocatoria será efectiva a partir de su recepción, pero no surtirá efecto en la medida en que esta organización haya tomado acción con base en esta autorización

**X**  
\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha **Representante Reconocido (anexar documento)**

**Nota: Esta autorización vencerá seis meses después de la fecha de la firma.**