

Las prácticas pediátricas individuales de
MAGDALENNE CORSO, MD, PC; JAMES RESK, MD, PC;
TROY STOEBER, MD, LLC; KRISTINE BUGAKOV, MD, LLC;
14279 Glen Oak Road – Oregon City, OR 97045-8008
Teléfono: 503-657-7629 ~ Facsímil: 503-557-8651

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA LE PEDIMOS QUE USTED ENVÍE LOS REGISTROS POR CORREO SI EL NÚMERO DE PÁGINAS SUPERA DIEZ

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

❖ Yo autorizo la divulgación de la información médica: (Se requiere el nombre completo y dirección.)

To: _____ From: _____

❖ Esta autorización corresponde a la información siguiente marcada con iniciales:

<input type="checkbox"/> Registro Completo	<input type="checkbox"/> Tratamiento de las drogas/el alcohol	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas
<input type="checkbox"/> Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Información de la salud mental	<input type="checkbox"/> Información de SIDA.
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio: _____	
<input type="checkbox"/> Registros de vacunación	<input type="checkbox"/> De los rayos X e imágenes: _____	
<input type="checkbox"/> Lista de la alergia	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

❖ Propósito de la divulgación: (Marque todas las que corresponden.)

Cambiar doctores Mudanza Cambiar el seguro Otro: _____

❖ Esta autorización es válida hasta ____/____/____ (Elija una fecha hasta con un año desde la fecha de la firma.)
Mes Día Año

Gobernanzas de Divulgación

La información divulgada por esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona u organización a la que se envía. Puede que no sea posible para garantizar su derecho a la protección de la privacidad de esta información una vez que haya sido divulgada a otra parte.

Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que nuestras oficinas ya hayan actuado en esta autorización. Para hacer esto, usted debe presentar una solicitud por escrito a su médico a la dirección anterior.

Usted puede negar a firmar esta autorización. Su denegación no niega su tratamiento en nuestras oficinas.

Usted puede inspeccionar o copiar la información divulgada por esta autorización para su uso personal. Sus registros médicos pueden contener información que sólo un médico puede interpretar. Para evitar una mala interpretación de esta información debe consultar a su médico con respecto a cualquier pregunta.

Nombre Escrito del Paciente

Fecha

Nombre Escrito del Padre o Tutor Legal

Firma del Padre o Tutor Legal