

Autorización para Utilizar y Revelar Información Médica Protegida para Revelación Electrónica

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

ESTAS SON LAS ÚNICAS CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN MÉDICA QUE SERÁN REVELADAS ELECTRÓNICAMENTE CON ESTA REVELACIÓN:

- ALERGIAS
- MEDICAMENTOS
- DIAGNOSIS
- REFERENCIAS O CONTINUIDAD DEL CUIDADO DEL HOSPITAL / SALA DE EMERGENCIA

ESTA INFORMACIÓN SERÁ REVELADA A ENTIDADES CUBIERTAS, LAS CUALES INCLUYEN OTRAS CLÍNICAS Y MÉDICOS PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DEL CUIDADO MÉDICO SEGÚN RESUMIDO POR HIPAA.

LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN MÉDICA NO SERÁN REVELADAS ELECTRÓNICAMENTE CON ESTA REVELACIÓN — ESTA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA REQUERIRÁ UNA AUTORIZACIÓN APARTE:

- SALUD MENTAL
- VIH
- DROGAS Y ALCOHOL
- ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

USTED NO TIENE QUE FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN. NEGACIÓN DE FIRMAR LA AUTORIZACIÓN NO AFECTARÁ DESFAVORABLEMENTE SU HABILIDAD A RECIBIR SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD O REEMBOLSO PARA SERVICIOS. LA ÚNICA CIRCUNSTANCIA EN LA CUAL LA NEGACIÓN DE FIRMAR SIGNIFICA QUE USTED NO RECIBIRÁ SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD ES SI LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD REPRESENTAN INVESTIGACIONES RELACIONADAS AL TRATAMIENTO Y LA AUTORIZACIÓN ES NECESARIA PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN Y RECIBIR TRATAMIENTO RELACIONADO A LA INVESTIGACIÓN.

USTED PUEDE REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO. SI USTED REVOCA SU AUTORIZACIÓN, LA INFORMACIÓN DESCRITA ARRIBA YA NO PODRÍA SER UTILIZADA O REVELADA PARA LOS PROPÓSITOS DESCRITOS EN LA AUTORIZACIÓN ESCRITA. CUALQUIER USO O REVELACIÓN YA HECHO CON SU PERMISO YA NO SE PUEDE DESHACER. PARA REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN, POR FAVOR MANDE UNA DECLARACIÓN ESCRITA A LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM, 2478 13TH ST SE SALEM OR 97302, Y DIGA QUE USTED ESTÁ REVOCANDO ESTA AUTORIZACIÓN.

SU FIRMA DICE QUE USTED HA LEÍDO Y ENTIENDE ESTA AUTORIZACIÓN.

Firmado por _____

Fecha _____

Nombre en letras de molde _____

Relación _____

Correo Electrónico para Portal de Pacientes _____

| |
|-----------------|
| CPS SOLAMENTE |
| PCP _____ |
| R _____ D _____ |



Salem Pediatric Clinic
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE
Salem, Oregon 97302
503-362-2481 · Phone
503-371-7803 · Fax
SalemPediatricClinic.com