

Center for Dermatology and Laser Surgery

St. Vincent Location: 9135 SW Barnes Rd. Ste. 875 Portland, OR. 97225

Hillsboro Location: 5920 NE Ray Cir. Ste. 200 Hillsboro, OR. 97124

P: 503-297-3440 F: 503-297-4584 Web: Centerdermlaser.com

Autorización para Divulgar Información Médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre anterior (Si alguno): _____ Número Telefónico: _____

¿Está autorizando divulgar sus propios registros médicos? Si No

¿Si no, cuál es su nombre y relación con el paciente?

Nombre: _____ relación: _____

Información para ser divulgada por:

Organización: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero Telefónico: _____

Numero de Fax: _____

Información que se divulgará a:

Organización: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero Telefónico: _____

Numero de Fax: _____

Información que será divulgada: favor de marcar todas las que apliquen

Información de atención médica en mi expediente médico relacionada con el tratamiento/ condición de:

Para las siguientes fechas:

Registro complete de su expediente dermatólogo: esto solo debe ser seleccionado si su proveedor lo ha solicitado. Esto se limita a los dos (2) años más actuales de información que incluye; Informes de laboratorio, radiografías y patología, no incluye información de facturación. Consulte la opción anterior si los registros tienen más de dos (2) años para proporcionar fechas específicas y tratamiento/ condición.

Registro de Facturación: favor de marcar todas las que apliquen

Todos los registros (Esto se limita a los dos (2) años más actuales de información)

Para el tratamiento/ condición o fechas:

Las solicitudes de información con más de dos (2) años estarán sujetas a los siguientes cargos: Páginas 1 – 10: \$30.00 tarifa plana, Páginas 11 – 50: \$0.50 por página, Páginas 51+ : \$0.25 por página, Gastos de envío: Costo real de envío

Usos y divulgaciones que requieren autorización específica: A menos que se EXCLUYA específicamente, esta autorización de información de salud puede incluir documentación relacionada con la derivación, el diagnóstico y la información de tratamiento relacionada con:

VIH/SIDA Enfermedades de transmisión sexual Salud o Enfermedad Mental Abuso de Drogas y/o Alcohol
 Cuidado Reproductivo (solo menores)

Razón para la que se realiza la divulgación:

Cuidado Concurrente Transferencia de cuidado Seguro Médico Uso personal

Mis derechos:

Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Centro de Dermatología y Cirugía Laser. Si ya se ha divulgado información basada en este comunicado, la revocación no se aplicará a esa información. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. Entiendo que cuando se divulga la información, las leyes o regulaciones federales de privacidad pueden no proteger la información y el destinatario puede volver a divulgarla.

Yo autorizo la divulgación de mis registros médicos, como se describe anteriormente. Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información identificada anteriormente es voluntario. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento de atención médica, sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización para participar en un estudio de investigación o para recibir atención médica cuando el propósito es crear información de atención médica para un médico tercero.

Firma del paciente o representante autorizado legal

Fecha

Fecha de vencimiento: 30 días desde la fecha en cual fue firmada