

**MT HOOD WOMEN'S HEALTH, P.C.**  
**24850 SE STARK ST. SUITE 200, GRESHAM OR 97030**  
**(503) 491-9444, FAX (503) 661-3430**  
**AUTORIZACION A USAR/ DIVULGAR INFORMACION MEDICA**

**DE:**

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
(Nombre de persona/ entidad divulgando información)

a divulgar una copia de información médica descrita abajo:

**NOMBRE DE LA PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Cualquier otro nombre/apellido bajo del que el registro podría estar: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN QUE SERA COMPARTIDA/ DIVULGADA:**

Favor de enviar todo el registro médico (toda clase de información) al recipiente alistado abajo:

\_\_\_\_\_  
(Desciba la información específica que puede ser usada/divulgada, y provea la fecha si es posible)

**A:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Nombre y dirección del recipiente o los recipientes)

**PARA** el motivo de: \_\_\_\_\_  
(Describa cada propósito de divulgación o diga "según la petición del individuo" si esta autorización se inicia por el individuo y el individuo no da o elige no proveer una explicación del motivo/propósito)

Si la información para ser divulgada contiene alguno de los siguientes tipos de record/registro alistado abajo, leyes adicionales relacionadas al uso y divulgación de la información quizás aplican. Yo entiendo y consiento con que esta información será divulgada si pongo mis **INICIALES** en las lineas correspondientes al lado del tipo de información.

- \_\_\_\_\_ Información de SIDA/VIH
- \_\_\_\_\_ Información de salud mental
- \_\_\_\_\_ Información de Investigaciones/Exámenes Genéticas
- \_\_\_\_\_ Información de Alcohol/Drogas: Diagnósis, tratamiento o el remitirle a servicios apropiados

Su tratamiento médico y el pagar por esos servicios no pueden ser afectados al recibir esta autorización firmada a menos que su cuidado médico o tratamiento es para el motivo de:

- (1) Crear información médica sobre Ud. para ser divulgada a tercera persona/entidad; o
- (2) Para el propósito de investigación médica.

Ud. tiene el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, con tal que Ud. lo haga por escrito. Si Ud. revoca su *Autorización*, ya no usaremos ni divulgaremos información de Ud. para las razones cubiertas en su Autorización, pero no podemos borrar usos o divulgaciones que ya fueron hechos con su permiso. Para revocar esta autorización, por favor envíe una declaración escrita a: Robyn Blatchford, Gerente, al: 24850 SE Stark St., Suite 200, Gresham, OR 97030 que identifica la fecha que Ud. firmó esta Autorización, el recipiente de la información indicada en esta Autorización, y diga que Ud. está revocando esta Autorización.

Esta Autorización terminará el más temprano del \_\_\_\_\_ (fecha), 180 días después del firmar, o al fin del período de tiempo necesario para completar la divulgación para las razones descritas arribas.

***Yo he leído y entiendo esta Autorización. Yo también entiendo que la información usada o divulgada según esta Autorización puede estar sujeta a re-divulgación por el recipiente y ya no protegida bajo la ley federal.***

\_\_\_\_\_  
**Fecha**                      **Firma de la paciente o de representante personal**

**Descripción de la autoridad de representante:** \_\_\_\_\_