

Pediatric Therapy Services



304 NE Hood Ave Gresham, OR 97030

Phone: 503-666-1333

Fax: 503-666-2444

**AUTORIZACION PARA USAR/REVELAR INFORMACION DE SALUD**

(La original para el proveedor medical y la copia para el/la paciente)

**AUTHORIZATION TO USE/DISCLOSE HEALTH INFORMATION**

(Original for Medical Provider and copy to Patient)

Yo doy permiso a **Pediatric Therapy Services** de usar y revelar la siguiente información específica de salud y médica de *I hereby authorize Pediatric Therapy Services to use and disclose the following specific health and medical information about* \_\_\_\_\_

(Nombre en letras de imprenta del paciente)  
(print name of patient)

La información a ser usada o revelada consiste en (Ponga sus "initial" al lado del tipo de información):

*The information to be used or disclosed consists of (Initial the type of information):*

\_\_\_\_\_ Historia médica entera del paciente (*patient's entire medical record*)

\_\_\_\_\_ Factura médica (*Billing Statement*)

\_\_\_\_\_ Otro *Other* (describe) *describe* \_\_\_\_\_

Doy permiso para esta información sea revelada a: *I authorize this information to be disclosed to*

Nombre: *Name* \_\_\_\_\_

Número de teléfono: *Telephone Number* \_\_\_\_\_

Dirección: *Address* \_\_\_\_\_

Por los siguientes propósitos: *For the following purposes* \_\_\_\_\_

(Describe el propósito de la revelación. Si el paciente inicia la petición para revelar la información, esta porción puede decir el propósito específico o decir nada mas "a la requesta del paciente/representado del paciente.")  
(*Describe the purpose of the disclosure. If the patient initiates the request for disclosure, this portion can either state the specific purpose or simply state "at the request of the patient/patient's representative".*)

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Por los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

# Información para Pacientes

## Patient Information

Sí la información que va a ser revelada contiene cualquier de los tipos de información en la siguiente lista, hay leyes adicionales relatando al uso y la revelación de la información pueden aplicar. Yo entiendo y estoy de acuerdo que esta información va a ser revelada sí escribo mis iniciales en el espacio aplicable al lado del tipo de información.

*If the information to be disclosed contains any of the types of records or information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply. I understand and agree that this information will be disclosed if I place my initials in the applicable space next to the type of information.*

- \_\_\_\_\_ Información de VIH/SIDA *HIV/AIDS information*
- \_\_\_\_\_ Información de salud mental *Mental health information*
- \_\_\_\_\_ Información de pruebas genéticas *Genetic testing information*
- \_\_\_\_\_ Información del diagnóstico, tratamiento, o referencia de problemas de drogas/alcohol *Drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information*

Su atención de salud, el pago de esta atención de salud, su inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de salud no depende de si firma esta autorización, a menos que la atención de salud o tratamiento sea para el propósito de: 1) La creación de información sobre su salud específicamente para la divulgación a un tercero; o 2) la investigación .

*Your health care, payment for that health care, enrollment in a health plan or eligibility for health benefits does not depend on you signing this authorization unless the health care or treatment is for the purpose of: 1) Creating health information about you specifically for disclosure to a third party; or 2) research.*

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, haciendolo por escrito. Si usted revoca su Autorización, ya no podremos usar o divulgar información sobre usted por los razones cubiertos en su autorización escrita. pero no podemos retirar ninguna usos o divulgaciones ya hechas con su permiso. Para revocar esta autorización, por favor, proveer una declaración por escrito a nuestro Gerente de la Oficina en 532 North Main Gresham, Oregon 97030 que identifica la fecha en que firmó esta autorización , el destinatario de la información indicada en esta autorización , y afirma que está revocando esta Autorización .

*You have the right to revoke this Authorization at any time, provided that you do so in writing. If you revoke your Authorization, we will no longer use or disclose information about you for the reasons covered by your written Authorization, but we cannot take back any uses or disclosures already made with your permission. To revoke this Authorization, please provide a written statement to our Office Manager at 532 North Main Gresham, Oregon 97030 that identifies the date you signed this Authorization, the recipient of the information identified in this Authorization, and states that you are revoking this Authorization.*

Esta Autorización iba a expirar en \_\_\_\_\_ (fecha), 180 días desde la firma de esta forma, o después del periodo necesario razonable a cumplir la revelación autorizada.

*This Authorization will expire on the earlier of \_\_\_\_\_ (date), 180 days from the date of signing, or at the end of the period reasonably needed to complete the authorized disclosure.*

**Yo he leído y entiendo esta Autorización. Yo también entiendo que la información usado o revelado por esta Autorización puede estar revelado de nuevo por el recipiente y ya no puede estar protegido por la ley federal.**

***I have read and I understand this Authorization. I also understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected under federal law.***

De By: \_\_\_\_\_ Fecha Date: \_\_\_\_\_  
(Paciente/Patient)

-O/OR-

De By: \_\_\_\_\_ Fecha Date: \_\_\_\_\_  
(Representativo del paciente/Patient representative)

Descripción de la autorización del representante/a *Description of Representative's Authority:*

\_\_\_\_\_