

# HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9<sup>th</sup> Ave  
Hillsboro, OR 97123  
www.HillsboroClinic.com  
503.681.4366 (phone)  
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

## Autorización para divulgar información médica

Por la presente autorizo:

Hillsboro Clinic  
356 SE 9<sup>th</sup> Ave  
Hillsboro, OR 97123

a proporcionar información médica a:

\_\_\_\_\_ (nombre de la instalación)

\_\_\_\_\_ (dirección)

\_\_\_\_\_ (Ciudad, Estado, Código postal)

Fecha solicitada:

\_\_\_\_\_ registro completo \_\_\_\_\_ laboratorios, informes de imágenes  
\_\_\_\_\_ historia y física \_\_\_\_\_ Otros  
\_\_\_\_\_ informes operativos / patológicos

A fin de: \_\_\_\_\_

Al verificar y firmar, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información confidencial:

- \_\_\_\_\_ Resultados de la prueba de VIH e información relacionada o información de referencia
- \_\_\_\_\_ Diagnóstico de drogas / alcohol, tratamiento o información de referencia
- \_\_\_\_\_ Información sobre tratamiento de salud mental
- \_\_\_\_\_ Información genética

\_\_\_\_\_ (firma del paciente)

\_\_\_\_\_ (fecha)

\_\_\_\_\_ (padre/tutor legal)

\_\_\_\_\_ (fecha)

**Restricciones** Autorizo la divulgación de mis registros médicos para el propósito mencionado anteriormente. Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida.

**Derechos legales:** Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información para ser utilizada y / o divulgada bajo esta autorización de acuerdo con la política de la organización. Además, entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado acción sobre esta autorización.

\_\_\_\_\_ (firma del paciente)

\_\_\_\_\_ (fecha)

\_\_\_\_\_ (padre/tutor legal)

\_\_\_\_\_ (fecha)

Permiso para enviar fax y/o enviar electrónicamente: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Todos los materiales enviados por fax contendrán una declaración de confidencialidad, sin embargo, entiendo que no siempre se puede garantizar la confidencialidad en el extremo receptor.