

AUTORIZACIÓN PARA USAR, DIVULGAR Y EXPEDIR DATOS MEDICOS PROTEGIDOS (PHI)

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL NIÑO/PADRE

Nombre del padre/guardián:		El nombre del niño:	
Relación hacia el niño:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Aseguranza:	
Ciudad, Estado:		Idioma preferido:	
Condado:	Código postal:	<input type="checkbox"/> Bilingüe/Ingles	<input type="checkbox"/> Requiere intérprete
Teléfono:	Teléfono 2:	Correo electrónico:	

AUTORIZACIÓN PARA USAR DATOS MÉDICOS PROTEGIDA (PHI)
 LA AUTORIZACIÓN SÓLO ES VÁLIDA SI ESTE FORMULARIO SE COMPLETÓ EN SU TOTALIDAD

Para la continuidad de la atención, autorizo el uso y el intercambio de los registros de desarrollo de mi hijo como se establece a continuación entre:

<p>PHI Para/De:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fax: _____</p>	<p>Revelar PHI Para/De:</p> <p>Help Me Grow Oregon Providence Child Center 830 NE 47th Avenue Portland, OR 97213 Teléfono: 833-868-4769 Fax: 503-487-3585</p>
--	--

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: ____/____/____

Su consentimiento es efectivo hasta que sea revocado por escrito.

MOTIVO DE LA REFERENCIA PARA HELP ME GROW
 POR FAVOR COMPLETE TODO LO QUE CORRESPONDA Y FIJE LAS HERRAMIENTAS DE SELECCIÓN COMPLETADA

Pantalla de ASQ: 9 meses 18 meses 24 meses 30 meses Otro: _____

Comunicación Motoras gruesa Motoras finas Resolución de problemas Socio-individual

Intervención temprana/educación especial: Elegible No Elegible Sin saber No aplica

Recomendaciones: _____

Proveedor: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

HELP ME GROW Oregon PROVIDENCE CHILD CENTER | SWINDELLS RESOURCE CENTER
 830 NE 47th Ave. Portland, OR 97213 | Phone: 833-868-4769

recibido de
 Especialista de recursos: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Me doy por entendido de lo siguiente:

- Tengo el derecho de rehusar firmar el presente formulario de autorización para dar a conocer mis datos médicos protegidos. El rehusar dicha autorización no afecta mi derecho de recibir servicios de atención médica o reembolso por los tales. La única circunstancia que el negar a firmar esta autorización afectaría mi derecho de recibir servicios de atención médica sería si dichos servicios son en base a investigación científica o si son sólo para facilitar datos de salud a otra persona y se requiera de esta autorización para llevar a cabo la respectiva divulgación.
- La información utilizada o divulgada para efectuar esta autorización puede quedar sujeta a re-divulgarse y ya no quedar protegida bajo la ley federal. Sin embargo, entiendo además que la ley federal o estatal podría restringir la re-divulgación de datos de VIH / SIDA (en inglés 'HIV / AIDS'), de salud mental, información de pruebas genéticas y diagnóstico de alcohol y drogas, de los tratamientos afines o de información de referencias de paciente.
- Tengo el derecho de obtener una copia de esta autorización firmada.
- Puedo, en cualquier momento, revocar la presente autorización en su forma escrita. En caso de hacerlo, los datos delineados abajo ya no podrían utilizarse o divulgarse para los propósitos descritos en la autorización escrita. La única excepción sería cuando PH&S haya tomado acción en pro de la autorización o bien, que la autorización se haya obtenido como condición para una cobertura de seguro.

Para revocar la presente autorización, envíe una declaración por escrito que indique que opta por revocar la autorización, así como una copia de la misma a:

Nombre:
Dirección:
Ciudad:
Estado & Código postal:

Providence Salud Servicios y sus Afiliados no haga discriminar sobre el Raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades de salud.

PH&S ya no imprime ni divulga el número de seguro social del paciente a menos que el Dpto. de contabilidad lo requiera. No obstante, es posible que el número de seguro social aparezca en el expediente del paciente si dicho récord tiene varios años. Por lo tanto, tal vez el expediente que solicite usted incluya e indique su número de seguro social.

El centro médico, sus empleados, oficiales y médicos quedan exentos de responsabilidad legal o por daños a causa de la divulgación de la información arriba mencionada en la medida indicada en el presente documento.