



COLUMBIA GORGE
FAMILY MEDICINE

1750 12th St. Hood River, OR. 97031

Autorización para la entrega de registros

Un afiliado de Epic. Búsquenos en Care Everywhere

Teléfono: 541-386-5070

Fax: 541-732-3920

Sitio web: www.cgfm.com

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		N.º de teléfono:	
Dirección:		Ciudad/estado:		Código postal:	

AUTORIZO LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE MI SALUD:

A:

Institución/proveedor:	
Dirección:	
Ciudad/estado/ código postal:	
N.º de teléfono:	N.º de fax:

DE PARTE DE:

Institución/proveedor:	
Dirección:	
Ciudad/estado/ código postal:	
N.º de teléfono:	N.º de fax:

Motivo de la solicitud: Personal Legal Transferencia de la atención Continuidad de la atención CORREO RECOLECCIÓN FAX

FECHAS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO _____ AL _____ **O BIEN** **TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS** **O** **LAS QUE SE MARQUEN ESPECÍFICAMENTE ABAJO**

Última exploración física <input type="checkbox"/>	Análisis de laboratorio/Papanicolaou <input type="checkbox"/>	Colonoscopia/patología <input type="checkbox"/>	Informes radiológicos <input type="checkbox"/>
Hospital/ingreso/alta <input type="checkbox"/>	Notas sobre la evolución <input type="checkbox"/>	Inmunizaciones <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

Las leyes federales y estatales protegen la siguiente información. Si quiere que esta información se entregue/se obtenga, escriba sus iniciales:

____ Tratamiento para el alcoholismo/la drogadicción ____ Diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA ____ Psicoterapia

Solicitud de los padres para obtener los registros del niño:

Por la presente declaro, bajo protesta de decir verdad, que soy el padre biológico o adoptivo/la madre biológica o adoptiva o el tutor legal del niño mencionado y que ninguna orden judicial restringe o prohíbe que acceda a dichas historias clínicas.

FECHA: _____ NOMBRE DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR LEGAL (EN LETRA DE IMPRENTA) _____

FIRMA: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Esta autorización vence dentro de un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique otra fecha, evento o afección.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información de este fax es privada y confidencial desde el punto de vista legal. Solamente el destinatario mencionado arriba debe utilizarla. Si el lector no es el destinatario a quien está dirigido, se le notifica que cualquier difusión, distribución o copia está estrictamente prohibida. Si recibe este fax por error, comuníquenoslo por teléfono y destruya el documento original.