

Gastroenterology

232 SE 7th Avenue * Hillsboro, OR * 97123
(503)640-1614

Charles R. Rosenblatt, M.D.
Curtis J. Larson, M.D.

Randy D. Watson, M.D.
Jeremy M. Lake, M.D.

John A. Schaer, M.D.
Barry A. Ross, M.D.

AUTHORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, EL PAGO Y LAS OPERACIONES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Por medio de la presente, yo, _____, autorizo a la oficina revelar la información concerniente a mi estado de salud, información que me atañe específicamente o que podrá ser utilizada regularmente para identificar y así llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones en la atención de salud. Entiendo que como esta autorización es a voluntad, si me niego a firmarla, los médicos pueden rehusarse a atenderme.

Me han informado que la oficina ha preparado un aviso ("Aviso") que detalla los usos y la divulgación de información de mi estado de salud con relación a mi tratamiento, pago y a las operaciones en la atención de salud. Entiendo que tengo el derecho de repasar dicho Aviso antes de firmar la presente autorización.

Entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento dando previo aviso a los médicos por escrito, pero si la revoco, dicha autorización no afectará ninguna acción que haya tomado la oficina antes de recibir mi revocación.

Entiendo que la oficina se reserva el derecho de cambiar sus prácticas relacionadas con la privacidad y que puedo obtener el aviso con dichos cambios solo solicitándolo.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que la oficina restrinja el uso y la divulgación de mi estado de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones en la atención de salud. Entiendo que los médicos no tienen que estar de acuerdo con dichas restricciones, pero que una vez acordadas la oficina deberá acatarlas.

Firma del paciente/a o del representante del paciente/a

Fecha

Nombre en letra impresa del paciente/a o del representante

Vínculo con el paciente