

Marc D. Le Gras, B.Sc., M.D., C.M.  
James P. Kyser, M.D.  
Peter H. Chang, D.O.  
Lindsay Urbinelli, M.D.  
Melissa Yamauchi, M.D.  
Alisha Floyd, M.D.  
Jennifer Zupfer, PA-C



300 N Graham, Suite 250  
Portland, Oregon 97227  
PH (503) 280-3418  
FAX (503) 284-7885

## Autorización para revelar información médica

Información de: **Pediatric Cardiology Center of Oregon**

Revelar a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Por favor, incluya el nombre, dirección y/o número de teléfono de la organización que solicita la información)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Información a revelar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

Puedo cancelar esta autorización por escrito según lo permitido por la ley. Esto no afectaría a las acciones ya tomadas sobre la base de mi solicitud original. Existen dos modos de cancelar esta autorización: 1) escribir, firmar y fechar una carta a nuestra clínica; o 2) Firmar, fechar, y escribir "cancelar" en la forma original.

**Advertencia:** Una vez que hemos distribuido la información (a su pedido), que ya no tenemos control sobre él. El receptor puede volver a divulgar la información. Las leyes de privacidad pueden no protegerlo.

\*\*\*\*Esta autorización termina un año a partir de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario.\*\*\*\*

