



Pediatric Cardiology Center of Oregon
300 N. Graham St. Suite 250
Portland, Oregon 97227
Ph: (503)280-3418
Fx: (503)284-7885
www.pccoforegon.com

Autorización para revelar información médica

Información de (Nombre del hospital o clínica): _____
(Information from - Name of Hospital or clinic)

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

Revelar a: **Pediatric Cardiology Center of Oregon**
(Release to) **300 N Graham St. Suite 250**
Portland, OR 97227
Fax: (503)284-7885

Nombre del paciente: _____
(Patient name)

Fecha de nacimiento: _____
(Date of birth)

Información para compartir (information to be shared): _____

Motivo de la divulgación (reason for disclosure): _____

Firma del paciente/padre/guardián

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.

Aviso: 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.****

