Peter Chang, D.O.
Alisha Floyd, M.D.
James Kyser, M.D.
M. Niki Tucker, M.D.

PEDIATRIC CARDIOLOGY
center of oregon

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

# Autorización para revelar información médica

Fecha: _____

Información de: _____

_____

_____

(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**
**300 N Graham St. Suite 250**
**Portland, OR 97227**
**Fax: (503)284-7885**

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.

ICAEL
Accredited Echocardiography Laboratory

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