

Dra. en Psic. Natalie Kollross, Psicóloga Clínica

Psychological Services of Pendleton, LLC

135 SE First Street
Pendleton, Oregon 97801

1050 W Elm Ave, Suite 250
Hermiston, Oregon 97838

Teléfono (541) 278-2222 / FAX: (541) 276-8405

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE ACUERDO A LA LEY DE OREGON 192.520

YO MISMO / MI HIJO(A) _____

Fecha de nacimiento: _____ autorizo y requiero que la información de salud protegida de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Sea enviado a Natalie Kollross, PsyD Psicóloga Clínica at 135 SE 1st Street, Pendleton OR 97801, FAX 541-276-8405

Yo autorizo y requiero el intercambio mutuo de esta información específica:

Por favor ponga sus iniciales al lado de cada línea de información de salud protegida a la que usted este dando autorización para divulgarla.

_____/_____/ **TODOS LOS EXPEDIENTES**, incluyendo:

_____/_____/ Información del VIH/SIDA

_____/_____/ Información de SALUD MENTAL

_____/_____/ Información de PRUEBAS GENÉTICAS

_____/_____/ **DIAGNÓSTICO DE DROGAS/ALCOHOL, TRATAMIENTO O REFERENCIA**

_____/_____/ **OTRO** _____

Para el propósito de:

Por favor ponga sus iniciales al lado de cada uno que aplique.

_____/_____/ **A PETICIÓN MÍA**

_____/_____/ **A PETICIÓN MÍA PARA MI HIJO(A)**

_____/_____/ **COORDINACIÓN DE CUIDADO Y TRATAMIENTO**

_____/_____/ **EVALUACIÓN/PRUEBA PSICOLÓGICA/NEUROPSICOLÓGICA**

Esta autorización permanecerá en efecto hasta:

_____ **FECHA** o hasta que sea revocada.

Esta autorización pudiese ser revocada por escrito durante cualquier momento. Si esta autorización es revocada, la información antes mencionada no será utilizada o revelada para los fines descritos en esta autorización.

Yo entiendo que una vez que esta información sale de esta oficina, es responsabilidad del destinatario el de proteger la información de acuerdo con la ley de **Oregon 192.520** y el **Decreto del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996**.

Yo he leído esta autorización y la entiendo.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Si no es el paciente una descripción de la autoridad del representante: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____ **FECHA:** _____