

# 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 el intercambio mutuo de información protegida de la salud de mis expedientes clínicos entre la Dra. en Psic. Natalie Kollross, Psicóloga Clínica y

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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**.

Al firmar este documento, yo indico que he leído y entiendo esta autorización.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad del representante personal: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TESTIGO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_