

# COMPOUND AUTHORIZATION

- I have been asked whether I choose to designate other persons/entities to receive my health information. I do not choose to designate such persons on the Compound Authorization form.
- I give my permission to WakeMed Physician Practices to release listed information to the entities named below.

**Spouse / Significant Other** (provide name): \_\_\_\_\_

Financial/billing Information

Medical Information as follows:

Labs\*

Diagnostic Tests\*

Appointments

General medical information/condition

**Parent / Family Member or Other** (specify relationship & provide name): \_\_\_\_\_

Financial/billing Information

Medical Information as follows:

Labs\*

Diagnostic Tests\*

Appointments

General medical information/condition

**Employer / Workers' Compensation** (provide name): \_\_\_\_\_

Information about return to work and/or work restrictions, and any absences that result from appointments.

**School / Preschool / Day Care** (provide name): \_\_\_\_\_

Information about any absences that result from appointments

Activity Restrictions

Physicals and/or Well-Child Examination

\*Lab and diagnostic results will not be left on voice mail.

---

## Rights of the Patient

I understand the medical information to be disclosed may include information regarding psychological or psychiatric impairment, a communicable disease (such as sexually transmitted disease, HIV/AIDS, tuberculosis, or hepatitis), mental illness, alcohol or substance abuse.

I understand that I have the right to revoke this authorization in writing at any time, except to the extent that the information has already been released pursuant to this authorization. Otherwise, this authorization shall continue to be valid only for as long as reasonably necessary to carry out the purposes listed above or one year, whichever is the earlier date.

I understand that treatment will not be conditioned upon my completion of this authorization.

I understand that I have the right to refuse to sign this authorization and that my treatment will not be conditioned on signing.

Patient/Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_  **Patient unable to sign**

Please note that the information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by a recipient of such information and would no longer be protected under the terms of the federal privacy rule.

## Revocation / Amendment

Name/Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

## Staff Use Only: Compound Authorization Obtained By Telephone

Authorized Person Giving consent: \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Patient Label  
placed here

**WakeMed Physician Practices**  
**Compound Authorization**

## AUTORIZACIÓN MIXTA

- Se me preguntó si deseo designar a otras personas o agencias para que reciban información sobre mi salud. Yo no deseo designar a tales personas en este formulario de Autorización Mixta.
- Le doy permiso a WakeMed Physician Practices para que comparta los datos listados a continuación con las personas o agencias nombradas abajo.

**Esposo(a) u otra persona especial** (indique el nombre): \_\_\_\_\_

Información sobre cuentas y facturas

Información médica, como sigue:

Laboratorios

Pruebas de diagnóstico

Citas médicas

Información médica/condición generalizada

**Padres u otro familiar** (indique nombre y parentesco): \_\_\_\_\_

Información sobre cuentas y facturas

Información médica, como sigue:

Laboratorios

Pruebas de diagnóstico

Citas médicas

Información médica/condición generalizada

**Patrón o Seguro de Compensación para Empleados** (indique nombre): \_\_\_\_\_

Información sobre cuándo debe regresar al trabajo o restricciones de trabajo, y cualquier ausencia que resulte de las citas.

**Escuela, Párvulos o Guardería** (indique nombre): \_\_\_\_\_

Información sobre cualquier ausencia causada por citas médicas

Restricciones de actividades

Exámenes físicos o de seguimiento de niño sano

\*Resultados de pruebas de laboratorio y diagnóstico no se dejarán en contestadoras telefónicas.

### Derechos del paciente

Entiendo que los datos médicos que se compartirán pueden incluir información relacionada con incapacitación psicológica o psiquiátrica, enfermedades contagiosas (tal como enfermedades contagiadas sexualmente, VIH o SIDA, tuberculosis o hepatitis), enfermedad mental, abuso de alcohol o drogas. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, con excepción de lo que ya se haya compartido de acuerdo a esta autorización. De lo contrario, la validez de esta autorización continuará por el tiempo que sea razonablemente necesario para llevar a cabo los propósitos enumerados arriba, o por un año, según lo que ocurra antes. Entiendo que mi tratamiento no dependerá de que yo dé o no esta autorización. Entiendo que tengo el derecho de rehusar firmar esta autorización y que mi tratamiento no dependerá de si la firmo o no.

Firma del paciente o su representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_  **Paciente no puede firmar**

Por favor note que la información compartida de acuerdo a esta autorización puede estar sujeta a que la misma sea compartida por los que reciben la información de nuestra parte, y entonces ya no estará protegida bajo los términos de los requisitos federales de privacidad.

### Revocación o Cambios

Nombre y firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Staff Use Only: Compound Authorization Obtained By Telephone

Authorized Person Giving consent: \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Patient Label  
placed here

**WakeMed Physician Practices**  
**Compound Authorization**