

## Autorización Para Divulgar Información Medica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

### Complete todas las secciones en negrilla

#### Escoja UNA de las siguientes:

- 210 PET a suministrar información médica; o  
 210 PET a obtener información médica de \_\_\_\_\_

#### A. Motivo de la Solicitud (seleccione UNO de los siguientes): (select ONE of the following):

- Cuidado continuo     Seguro     Abogado     Uso personal  
 Otro \_\_\_\_\_

#### B. Información necesaria (seleccione a continuación – es posible que se cobre una tarifa por la copias de todo el encuentro o todo el expediente)

- Historia y Examen Físico     Radiología Reportes     Nota del Consultorio  
 Otro: \_\_\_\_\_

C. Fecha del Encuentro o Visita: \_\_\_\_\_

D. Forma de Proporcionar Información:     Papel     CD     Personal

#### E. Cómo compartir información:

- Recoger    Nombre de la persona que recoge o recibe información: \_\_\_\_\_  
 Correo    Dirección: \_\_\_\_\_  
 Fax    Número de Fax con el código de área (cuidado médico solo): \_\_\_\_\_

Entiendo que la información médica a ser divulgada puede incluir información/resultados sobre discapacidad psicológica o psiquiátrica, agresión sexual, abuso de alcohol, abuso de drogas y/o una enfermedad transmisible, incluido el VIH/SIDA. Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya se haya divulgado de conformidad con esta autorización y antes de que haya revocado mi autorización. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito al Departamento de Servicios de Registros Médicos. Entiendo que el tratamiento no estará condicionado al completar esta autorización. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Quando otra persona que no sea el/la paciente firme, lo siguiente se debe llenar:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta) certifico y doy fe que soy el/la representante personal debidamente autorizado del paciente mencionado anteriormente y que tengo la autoridad legal para celebrar esta autorización en nombre de dicha persona. Entiendo que se puede solicitar prueba de esta autoridad. He leído las disposiciones establecidas en esta autorización y acepto que WakeMed pueda divulgar la información médica de dicha persona para los fines establecidos en este documento

Firma del representative: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient:     Padre     Tutor     Albacea de Herencia     Poder Legal  
 Otro: \_\_\_\_\_

Motivo el/la paciente no puede firmar: \_\_\_\_\_

Remaining Section to be completed by 210 PET Imaging Staff		
Date information released: _____	Initials of who completed release: _____	
Patient Number: _____	Medical Record Number: _____	Division: _____