

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

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

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

## Complete todas las secciones en negrilla

Escoja UNA de las siguientes:  WakeMed a suministrar información médica; o  
 WakeMed a obtener información médica de \_\_\_\_\_

A. Motivo de la Solicitud (seleccione UNO de los siguientes):  Cuidado continuo  Seguro  Abogado  Uso personal  
 Other \_\_\_\_\_

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta               | <input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico  | <input type="checkbox"/> Visita a Sala de Emergencias      |
| <input type="checkbox"/> Laboratorios                   | <input type="checkbox"/> Radiología ( <input type="checkbox"/> Imágenes <input type="checkbox"/> Reportes) | <input type="checkbox"/> Nota Operación/Nota Procedimiento |
| <input type="checkbox"/> Patología                      | <input type="checkbox"/> Nota del Consultorio (WPP)  | <input type="checkbox"/> Inmunización/Vacunas              |
| <input type="checkbox"/> Admisión al Hospital (Resumen) | <input type="checkbox"/> Otro _____  |  |

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

D. Forma de Proporcionar Información:  Papel  CD  Personal  Verbal  MyChart  
 Correo electrónico (encriptado/no encriptado) \_\_\_\_\_  
Comunicación que se envía sin encriptado, la PHI (Información Protejida del Paciente) puede ser interceptada por partes no autorizadas.

E. Cómo compartir información:  Recoger  Correo  \*Fax  Verbal  Imágenes de Radiología a través de Powershare

Nombre de la persona que recoge o recibe información: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\*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 por parte de un destinatario de dicha información y ya no estaría protegida bajo los términos de la regla de privacidad federal.

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

**Esta Autorización caducará automáticamente en 90 días desde la fecha que se firma a menos que se revoque u otra fecha o evento se escriba aquí:**

**Cuando 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 representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Padre  Tutor  Albacea de Herencia  Poder Legal  Otro \_\_\_\_\_

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

### Remaining Section to be completed by WakeMed Staff

Date Information Released: \_\_\_\_\_ Initials of who completed release: \_\_\_\_\_

Patient Number: \_\_\_\_\_ Medical Record Number: \_\_\_\_\_ Division: \_\_\_\_\_

