

# AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Daytime phone number: \_\_\_\_\_

## Complete all bolded sections

Select ONE of the following: ☐ WakeMed to provide medical information; or  
☐ WakeMed to obtain medical information from \_\_\_\_\_

A. Reason for request (select ONE of the following): ☐ Continued care ☐ Insurance ☐ Attorney ☐ Personal use  
☐ Other \_\_\_\_\_

## B. Information needed (select from below - a fee may be charged for copies of an entire encounter or all records)

<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> History & Physical	<input type="checkbox"/> Emergency Room Visit
<input type="checkbox"/> Labs	<input type="checkbox"/> Radiology ( <input type="checkbox"/> Images <input type="checkbox"/> Reports)	<input type="checkbox"/> Operative Note/Procedure Note
<input type="checkbox"/> Pathology	<input type="checkbox"/> Office Note (WPP)	<input type="checkbox"/> Immunization/Vaccination
<input type="checkbox"/> Hospital Admission (Abstract)	<input type="checkbox"/> Other _____	

C. Date of encounter or visit: \_\_\_\_\_

D. Way to provide information: ☐ Paper ☐ CD ☐ Onsite Review ☐ Verbal ☐ MyChart  
☐ Email (Encrypted/Unencrypted) \_\_\_\_\_  
Communication that is sent unencrypted, PHI can be intercepted by unauthorized parties.

E. How to share information: ☐ Pick up ☐ Mail ☐ \*Fax ☐ Verbal ☐ Radiology Images via Powershare

Name of person to pick up or receive information: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\*Fax Number including area code (patient care only): \_\_\_\_\_

I understand the medical information to be disclosed may include information/results regarding psychological or psychiatric impairment, sexual assault, alcohol abuse, drug abuse, and/or a communicable disease including HIV/AIDS. I understand that I may revoke (cancel) this authorization at any time except to the extent that the information has already been released pursuant to this authorization and before I have revoked my authorization. If I revoke this authorization, I must do so in writing to the Medical Record Services Department. I understand that treatment will not be conditioned upon my completion of this authorization. I understand 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.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**This Authorization will automatically expire 90 days from the date signed unless revoked or another date or event is written here:**

## When someone other than patient signs, the following must be completed

I, \_\_\_\_\_ (print name) hereby certify and attest that I am the duly authorized personal representative of the above patient, and that I have the lawful authority to enter into this authorization on behalf of such individual. I understand proof of this authority may be requested. I have read the provisions set forth in this authorization, and agree that WakeMed may disclose the medical information of such individual for the purposes set forth herein.

Signature of Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Executor of estate ☐ Power of Attorney ☐ Other \_\_\_\_\_

Reason patient unable to sign: \_\_\_\_\_

## Remaining Section to be completed by WakeMed Staff

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

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



# 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 representative: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

