

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O COMPARTIR DATOS MÉDICOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

**Complete todas las áreas enfatizadas con letras más oscuras**

Seleccione uno de los siguientes:  WakeMed proporcionará las copias  
 WakeMed obtendrá las copias de \_\_\_\_\_

**A. El propósito para divulgar o compartir esta información es:**  continuidad del cuidado  compañía de seguro  
 legal (abogado)  uso personal  otro: \_\_\_\_\_

**B. Tipo de información que necesita - puede no necesitarlos todos y se le puede cobrar una cuota:**

Resumen de alta  Historial y exámen médico  expediente de la sala de urgencias  
 Reporte de laboratorio  Reporte de radiografía (rayos x)  reporte quirúrgico/notas de procedimiento  
 Reporte de Patología  Apuntes de la oficina (para clínicas solamente)  historial de vacunas  
 Otro: \_\_\_\_\_

**C. Fecha de la cita o visita médica:** \_\_\_\_\_

**D. Formato de la divulgación:**  copia en papel  disco compacto  verificación en persona

**E. Medio de divulgación:**

Será recogido. Nombre de la persona que recogerá la información: \_\_\_\_\_  
 Correo. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
 Facsímil (Fax): Nombre: \_\_\_\_\_  
(Solamente para el cuidado del paciente)  
Número de fax (incluya el número de área): \_\_\_\_\_

Yo entiendo que los datos médicos que serán divulgados pueden incluir información o resultados referentes a impedimentos psicológicos o psiquiátricos, asalto sexual, alcoholismo, drogadicción, o enfermedades venéreas incluyendo VIH/SIDA. Yo entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento, a excepción de la información que ya haya sido compartido con otros según lo acordado en esta autorización, antes de que yo hubiera anulado mi autorización. So yo cancelo esta autorización, debo de hacerlo por escrito al Departamento de Registros Médicos. Si esta orden no es anulada, la misma vencerá 90 días después de la fecha en que la firme. Yo entiendo que el completar esta autorización no es una condición para recibir mi tratamiento. Yo entiendo que la información divulgada según lo acordado con esta autorización, puede estar propensa a ser compartida de nuevo con otros por alguien que reciba tal información, y por lo tanto no estaría protegida bajo los términos de las leyes federales de la privacidad.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha en que se firmo el documento: \_\_\_\_\_

**Si otra persona firmó en vez del paciente, se debe de llenar la información a continuación:**

Yo, \_\_\_\_\_ (imprima su nombre), por la presente afirmo y atesto que soy el representante personal debidamente autorizado del paciente mencionado anteriormente, y que tengo la autoridad legal para proporcionar esta autorización de parte de tal individuo. He leído las condiciones en esta autorización y estoy de acuerdo en que WakeMed puede compartir la información en el expediente médico de tal individuo para los propósitos descritos en este documento.

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha en que se firmó el documento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Madre/padre  Guardián  Ejecutor  Administrador de Bienes  Poder legal  Otro \_\_\_\_\_

Razón por la que el paciente no puede firmar: \_\_\_\_\_

**Remaining Section to be completed by WakeMed Health & Hospitals Staff**

Date Information Released: \_\_\_\_\_ Initials of who completed release: \_\_\_\_\_  
Patient Number: \_\_\_\_\_ Medical Record Number: \_\_\_\_\_ Division: \_\_\_\_\_

Patient Label  
placed here

**WakeMed**  
**Authorization to Release**  
**Medical Information**

