

AUTORIZO A WAKEMED A (Seleccione uno) ☐ DAR ☐ ☐ OBTENER MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Para el PROPÓSITO (Seleccione uno) de ☐ Facturación/Seguros ☐ Atención al paciente ☐ Personal ☐ Legal ☐ Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/DESTINATARIO (Imprimir)

Paciente

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Información de contacto del destinatario

Nombre de la persona, organización o centro al que desea que divulguemos su u obtengamos su PHI

Address where you want your PHI sent to

Ciudad

Estado

Código

Teléfono #

Fax # (Solo para proveedores de atención)

Email address

PHI PARA SER DADO/OBTENIDO

Fecha(s) de visita

Especifique la fecha, el intervalo de fechas u otra descripción específica de su visita

Registros solicitados (seleccione los
que correspondan)

- ☐ Visita al consultorio
☐ Op Note
☐ Consultas

- ☐ Visita de atención de urgencia
☐ Inmunizaciones
☐ Otros (especifique): _____

- ☐ Ingreso hospitalario y/o visita a la sala de emergencias
☐ Resumen de admisión hospitalaria y/o visita a la sala de emergencias (*Incluye todo, o seleccione por separado)
☐ *Resumen de alta ☐ *Historia y Física
☐ *Informes de laboratorio ☐ *Informes de Radiología

- ☐ Estudio de diagnóstico por imágenes (cuando solicite que sus estudios de diagnóstico por imágenes se envíen a un proveedor de atención médica, la imagen se compartirá electrónicamente. Si su proveedor no puede recibir a través de PowerShare, se le enviará un CD por correo).

Formato (Seleccione uno)

- ☐ Copia en papel o ☐ Copia electrónica (incluye CD, MyChart, PDF por correo electrónico)

Método de entrega (Seleccione uno)

- ☐ Correo ☐ Fax ☐ Recoger ☐ Revisión in situ (solo con cita previa)
☐ MyChart (para fechas de servicio a partir del 2/1/2015)
☐ Correo electrónico: Las comunicaciones por correo electrónico pueden no ser seguras. Existe la posibilidad de que la información incluida en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida. Por lo tanto, encriptamos su correo electrónico a menos que marque esta casilla para ☐ correo electrónico descriptado.

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A: HIMROI@Wakemed.org; Fax: 919-350-1720

O WakeMed Health & Hospitals-HIM Department 3000 New Bern Avenue, Raleigh, NC 27610;

Si tiene preguntas, llame al: 919-350-8370

Place Patient Label Here

WakeMed
Authorization to Release
Medical Information

N-935S PAGE 1 OF 2 REV. 11/25



COMPRENSIÓN

Entiendo que la PHI divulgada puede incluir información/resultados sobre deterioro psicológico o psiquiátrico, agresión sexual, abuso de alcohol, abuso de drogas, una enfermedad transmisible como el VIH/SIDA, pruebas genéticas y/o salud reproductiva.

Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada de conformidad con esta autorización y antes de haber revocado mi autorización. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito al Departamento de Administración de Información Sanitaria.

Entiendo que el tratamiento no estará condicionado a que complete 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 federal de privacidad.

Entiendo que las solicitudes de "cualquiera y/o todos" los registros y otras solicitudes de gran volumen se envían al servicio de copia de WakeMed para su procesamiento. Entiendo que se cobrará una tarifa por estos registros.

AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Por la presente certifico y doy fe con mi firma en esta autorización que soy el paciente o el representante personal debidamente autorizado del paciente mencionado anteriormente con la autoridad para ingresar esta autorización en nombre de dicha persona. Entiendo que se puede solicitar una prueba de mi identidad y esta autoridad. He leído las disposiciones establecidas en esta autorización y acepto que WakeMed puede divulgar la información médica de dicha persona para los fines establecidos en este documento.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante

Firma del Representante Personal

Si usted es un representante personal, explique su relación/autoridad para actuar en nombre del paciente

REVOCACIÓN

A menos que se haya revocado previamente, esta Autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: (fecha de lista, condición de evento) _____

Si no especifico una fecha de vencimiento o evento o condición, esta Autorización permanecerá en vigor durante noventa (90) días a partir de la fecha en que la firme.

CONTÁCTENOS

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A: HIMROI@Wakemed.org; Fax: 919-350-1720
O WakeMed Health & Hospitals-HIM Department 3000 New Bern Avenue, Raleigh, NC 27610;
Si tiene preguntas, llame al: 919-350-8370