

Request #

Health Information Management
Smithfield, North Carolina 27577
919-938-7705; Fax 919-934-9266

Autorización Para Divulgar Informacion

Yo autorizo / I authorize:

<input type="checkbox"/>	UNC Health Care System	<i>u / or</i>	<input type="checkbox"/>	Otro centro médico: <i>Other facility</i>
--------------------------	------------------------	---------------	--------------------------	--

Para usar o divulgar a / To use or disclose to:

Nombre de la persona o el centro médico: <i>Name of Person or Facility</i>			
Dirección: <i>Address</i>	Ciudad: <i>City</i>	Estado: <i>State</i>	Código Postal: <i>Zip</i>
Teléfono: <i>Phone</i>	Fax: <i>Fax</i>	Correo electrónico: <i>Email</i>	

La información médica protegida de / The protected health information of-

Nombre de; paciente: <i>Patient Name</i>	Fecha de nacimiento: <i>Date of Birth</i>	Los últimos 4 dígitos de; seguro social: <i>SS# (last 4)</i>	
Dirección: <i>Address</i>	Ciudad: <i>City</i>	Estado: <i>State</i>	Código Postal: <i>Zip</i>
Teléfono: <i>Phone</i>	Núm. de expediente médico de UNC: <i>UNC Medical Record #</i>		

Fechas de servicio / Dates of Service: _____

Haga una **MARCA** 1 lado de los documentos específicos que sean pertinentes a su solicitud:

Put a **CHECK MARK** next to the specific documents that apply to your request

<input type="checkbox"/>	Historia clínica (paciente ambulatorio) <i>Clinic notes (outpatient)</i>	<input type="checkbox"/>	Historia quirúrgica/de procedimientos <i>Operative / Procedure notes</i>	<input type="checkbox"/>	Historia clínica (paciente hospitalizado) <i>Progress Notes inpatient)</i>
<input type="checkbox"/>	Historia clínica de la sala de emergencias / ED notes	<input type="checkbox"/>	Ordenes de los proveedores <i>Providers' Orders</i>	<input type="checkbox"/>	Informes de radiología <i>Radiology reports</i>
<input type="checkbox"/>	Historia clínica de cuidado urgente / Urgent Care notes	<input type="checkbox"/>	Historia clínica de enfermería <i>Nursing notes</i>		
<input type="checkbox"/>	Entrevista y exploración clínica <i>History and Physical</i>	<input type="checkbox"/>	Consultas médicas <i>Consultations</i>		
<input type="checkbox"/>	Resumen de; alta <i>Discharge Summary</i>	<input type="checkbox"/>	Informes de laboratorio <i>Lab. reports</i>		
<input type="checkbox"/>	Otro (describa) / Other (describe)				

Entiendo que la información divulgada puede incluir información confidencial relacionada con psiquiatría, salud mental, drogas y alcohol (incluido el expediente de un programa que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión con respecto a la drogadicción o el alcoholismo, como lo define la ley federal en 42 CF.R Parte 2), el VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles, así como pruebas genéticas. Esta autorización no incluye el permiso para divulgar notas de psicoterapia (definidas como registros de sesiones de terapia privadas, conjuntas, grupales o familiares que están separadas M resto del expediente médico del paciente). Se requiere una autorización por separado para divulgar las notas de psicoterapia.

Haga una **MARCA** 1 lado del propósito de la solicitud:

Put a **CHECKMARK** next to the purpose of the request

<input type="checkbox"/>	Personal Use Uso personal	<input type="checkbox"/>	Cuidado continuo del paciente <i>Continued Patient Care</i>	<input type="checkbox"/>	Otro <i>Other</i>
		<input type="checkbox"/>	Servicios Sociales 1 Incapacidad <i>Social Services / Disability</i>		

REQUEST # _____

Haga una marca<~al lado de como desea recibir sus documentos:

Pul a CHECK MARK next to how you would like to receive your request

<input type="checkbox"/>	Enviar a la dirección arriba mencionada <i>Mail to address listed above</i>	<input type="checkbox"/>	Enviar por fax (a proveedores solamente -no faxes personales) <i>Fax to # listed above</i>	<input type="checkbox"/>	Recoger los documentos en la oficina de divulgación (HIM) <i>Pick up in Release Dept. (HIM)</i>
<input type="checkbox"/>	Revisar en la oficina de divulgación de información médica (HIM) <i>Review in Release Dept. (HIM)</i>	<input type="checkbox"/>	Revisar a distancia (sólo para empleados con acceso al expediente médico electrónico) <i>Review remotely</i>	<input type="checkbox"/>	Otro. Especifique: <i>Other. Specify</i>
<input type="checkbox"/>	Enviar por correo electrónico a la dirección arriba mencionada <i>Receive electronically at e-mail above</i>	<input type="checkbox"/>	Divulgar a MyUNCChart (Se necesita introducir los 4 dígitos de; año de; nacimiento) * <i>Release to MyUNCChart</i>		

*El acceso vía MyUNCChart estará disponible solo por 30 días, pero puede imprimir o guardar los documentos para su uso personal.

ENTIENDO QUE:

• Puedo revocar esta autorización en cualquier momento:

- o Esta revocación no se aplica a aquella información que ya ha sido divulgada como resultado de esta autorización.
- o Debo revocar esta autorización por escrito. El procedimiento para revocar esta autorización consiste en presentar mi revocación por escrito ante el *Health Information Management Department*.

Puedo negarme a firmar esta autorización:

- o Mi tratamiento, los pagos, la inscripción en un plan de salud o aptitud para recibíj- los beneficios no se condicionarán en base a mi autorización para la divulgación.
- o Es posible que se cobre una tarifa por proporcionar la información de salud protegida. Favor de comunicarse con *Copy Service* (servicio de fotocopias) para obtener información sobre la tarifa y precio al 919-731-6117.

Se me ha notificado y entiendo que la información divulgada como consecuencia de esta autorización podría divulgarse de nuevo por parte de la persona a quien se destina. Es posible que una vez divulgada, la privacidad de la información ya no esté protegida bajo la ley federal de la privacidad médica.

A menos que se revoque, esta autorización caducará en la fecha o por el evento o condición siguiente: _____
Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition

Si no especifico una fecha, un evento o una condición de caducidad, esta autorización caducará automáticamente a los noventa (90) días de la fecha en que se firmó.

He leído y entendido la información en este formulario de autorización.

Firma M paciente: <i>Signature of Patient</i>		
Nombre en letra de imprenta: <i>Printed Name</i>	Fecha: <i>Date</i>	Hora: <i>Time</i>
O/OR		
Firma de; representante autorizado: <i>Signature of Authorized Representative</i>		
Nombre en letra de imprenta: <i>Printed Name</i>	Fecha: <i>Date</i>	Hora: <i>Time</i>
Favor de explicar la autoridad de; representante para actuar en nombre de; paciente: <i>Please explain Representative's authority to act on the behalf of the Patient</i>		

OFFICE USE ONLY	
PROCESSED DATE: _____ PROCESSED BY: _____ TOTAL PAGES: _____ AMITIONAL NOTES: _____	<input type="checkbox"/> ID Checked STAMPS / AMITIONAL NOTES: _____

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 11129116