

Wilmington Health

AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MEDICA

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y es pedida para confirmar mis deseos. Yo entiendo que Wilmington Health no determinara el tratamiento medico si firmo esta autorización. Yo entiendo que información revelada a mi familia/amigos/as puede ser revelada por ellos.

Yo entiendo que yo puedo revocar o cambiar esta autorización en cualquier momento con dar un aviso en escrito de mi revocación a la oficina de contacto enlistada abajo de esta forma, pero no afectará cualquier información dada antes de la notificación de revocación.

Sección A: Información del paciente Numero de Cuenta _____

Nombre _____ Telefono _____

Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Seguro Social _____

Sección B: Información Medica Para ser Usada o Discutida

Yo doy permiso para que se discuta mi información medica con los siguientes familiares o amigos/as:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo doy permiso para que la siguiente información medica sea discutida:

ELIJA UNO:

Toda mi información medica

Información Especifica _____

Sección C: Espiración

Esta autorización espirara:

ELIJA UNO:

Dos añs despues de mi muerte

A los 18 añs (menores solamente)

Otro _____

Sección D: Telefono

Yo doy permiso para que usted dejé información medica con respecto a mi salud o mis citas en la siguiente maquina de contestar. (_____) _____ - _____

Yo reconosco que he recibido el Aviso de las Practicas de Privacidad de Wilmington Health. Yo he tenido la oportunidad de leer y considerar los contenidos de este aviso.

Firma del Paciente

Firma del Representante Personal

Fecha

Relación al Paciente

USED PUEDE NEGARSE A FIRMA ESTA AUTORIZACIÓN

Oficina de Contacto: Wilmington Health Privacy Officer, 1202 Medical Center Drive, Wilmington, NC 28401
Telefono: 910-796-7701 Fax: 910-341-3449 Correo Electronico: privacy@wilmingtonhealth.com

HIPAA #1SP
Revision 08/2010