



AUTORIZACIÓN
para USAR y/de SOLICITUD de
INFORMACIÓN PROTEGIDA de la SALUD
2421 Silver Stream Lane, Wilmington, NC 28401
Teléfono: 910-341-3308
Fax Autorización a: 910-341-3419
Fax Registros a: 910-341-1900

SECCIÓN A: Notas psicoterapias

Chequear aquí si esta autorización es para notas psicoterapias. Si esta autorización es para notas psicoterapias, no se puede usarla para otra clase de información protegida de la salud. Identifique las notas psicoterapias por chequeando "otro" en sección C y describiéndolas en el espacio proporcionado, no marque ninguna otra caja o tipos de información.

SECCIÓN B: El individual (o el representante personal del individual) para confirmar la autorización

Yo autorizo el uso y/de la solicitud de información como está descrito en sección C debajo. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.

Yo entiendo que si las personas u organizaciones yo autorizo debajo no son proveedores de servicios médicos ellos pueden que revelar la información protegida de la salud y ya no puede ser protegidas por las leyes federales de la privacidad de la información de la salud.

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **E-mail:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Seguro Social # (los últimos 4 dígitos):** _____

SECCIÓN C: El uso y/de la divulgación de información que se autoriza:

- Sólo el año presente 1 año 2 años **Notas de oficina**
- Sólo el año presente 1 año 2 años **Los resultados de laboratorio**
- Último **Examen de los Ojos/Visión** Último **Examen de Pie**
- 2 años **Papanicolaou** 2 años **Mamografías** Todo **Inmunización**
- Todos los **Colonoscopías y EGD** informes de procedimientos Todos los **informes patologías**
- Todos los **estudios radiológicos (densidad ósea, CT/CTA, MRI/MRA, US, Vascular, más)** Todos los **estudios de cardiología**
- Todo **Admisión al Hospital, H&Ps, Consults, Informes Operativos, Desechos**
- OTRO (Por favor, se especificó y NO solicita todos los registros)**

Entes Autorizados a Usar o Divulgar:

Informes solicitados **DE:**

Nombre de proveedor u organización:

Dirección _____

Entes Autorizados de Recibir y Usar:

Informes para **ENVIAR A:**

Nombre de proveedor u organización:

Dirección _____

Teléfono #: _____

Teléfono #: _____

Fax #: _____

Fax #: _____

SECCIÓN D: Preferencia para la Recepción de Registros

- Correo Regular Fax:# _____ Recogerlo en _____
- Electrónico (disco)

SECCIÓN E: Propósito de Usar o Divulgar de Información Protegida de la Salud

- Uso Personal *Se le cobrará una tarifa regulada del estado de una copia personal de registros (\$10 mínimo/máximo de \$50). Ver adjunto lista de tarifas del estado de Carolina del Norte*
- Cambio de Proveedor Seguro Opinión segundo Abogado A la solicitud de individual Otro

SECCIÓN F: Expiración

- Esta autorización expirará (completa uno): 2 años después de mi muerte
- Hasta que yo revoque el permiso por escrito Fecha futura ____/____/____
- En la ocurrencia del suceso siguiente:

Derecho de Revocar: Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento por noticia escrita de mi revocación a la Oficina del Contacto se enumeran a debajo. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que tomé en virtud de esta autorización antes de recibir mi noticia escrita de revocación.

Oficina del Contacto: Wilmington Health Privacy Officer **Teléfono:** (910) 796-7701
Fax: (910) 341-3419 **Direction:** 2421 Silver Stream Lane, Wilmington, NC 28401
E-mail: privacy@wilmingtonhealth.com

Incapacidad para tratamiento condición: Yo entiendo que Wilmington Health no puede condicionar mi tratamiento en mi negativa de firmar esta autorización.

SECCIÓN F: FIRMA

FIRMA—USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN.

COPIAS PERSONALES INCURRIRÁ UN PAGO. HACER REFERENCIA A SECCIÓN E PARA INFORMACIÓN.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si esta autorización está firmado por una representativa personal de parte del individual, completa siguiente:

Nombre de Representativa Personal: _____

Relación a Individual: _____

TESTIGO: _____ **Fecha:** _____

**USTED TIENE DERECHO A ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA.
Incluir esta autorización en el registro médico del individual.**