



Office Use Only: Recorded By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Apellido de Paciente \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_
Patient Last Name Suffix First Middle
Apellido Anterior \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Masculina \_\_\_\_\_
Prior Last Name Nickname SSN Birthdate Male Female

Dirección Secundaria o física
Secondary or Physical Address

Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Condado \_\_\_\_\_ Pais: US/Otro \_\_\_\_\_
County Country: US/Other
Proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_
Primary Care Provider Marital Status

Facturación o dirección de apartado de correos
Billing or PO Box Address

Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Condado \_\_\_\_\_ Pais: US/Otro \_\_\_\_\_
County Country: US/Other
Raza \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_ Etni cidad \_\_\_\_\_
Race Language Ethnicity

1- Nombre del Seguro Primario

Primary Insurance Name
ID de póliza# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_
Policy ID# Group#
Dirección del seguro \_\_\_\_\_
Insurance Address
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Nombre del titular de la póliza (Ratrocinator) \_\_\_\_\_
Policy Holder (Sponsor) Name
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Birthdate Sex Phone
Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Relación del titular de la póliza con el paciente \_\_\_\_\_
Policy Holder's Relationship to Patient
Empleador \_\_\_\_\_
Employer

2- Nombre del Seguro Secundario

Secondary Insurance Name
ID de Póliza# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_
Policy ID# Group#
Dirección del seguro \_\_\_\_\_
Insurance Address
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Nombre del titular de la póliza (Ratrocinator) \_\_\_\_\_
Policy Holder (Sponsor) Name
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Birthdate Sex Phone
Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Relación del titular de la póliza con el paciente \_\_\_\_\_
Policy Holder's Relationship to Patient
Empleador \_\_\_\_\_
Employer

Información de contacto del paciente

Patient Contact Information
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Home Phone Cell
Teléfono del día \_\_\_\_\_ Alterno \_\_\_\_\_
Day Phone Alternate
Contacto preferido (marque 1) Inicio \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Portal \_\_\_\_\_
Preferred Contact (check 1) Home Cell Work Portal
Notificación preferido (marque 1) Teléfono \_\_\_\_\_ Texto \_\_\_\_\_ Recordatorios de voz \_\_\_\_\_
Preferred Notification (check 1) Phone Text Voice Reminders
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Rechazar correo electrónico \_\_\_\_\_
E-Mail Decline E-Mail
Portal del paciente (marque 1) Solicitud de registro \_\_\_\_\_ Ya registrado \_\_\_\_\_
Patient Portal (check 1) Desires registration Already registered

Información de la madre (de paciente menor de 18 años)

Mother's Information (of patient under 18)
Primer Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_
First Name Middle
Apellido \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_
Last SSN
Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
Phone Birthdate
Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Rechazar correo electrónico \_\_\_\_\_
E-Mail Decline E-Mail

Información del padre (de paciente menor de años)

Father's Information (of patient under 18)
Primer Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_
First Name Middle
Apellido \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_
Last SSN
Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
Phone Birthdate
Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Rechazar correo electrónico \_\_\_\_\_
E-Mail Decline E-Mail

Información de Contacto en caso de Emergencia Emergency Contact Information

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
First Name Middle Last Relationship
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
Street City State Zip
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_
Birthdate Home Phone Cell Work

(1) Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos o reembolsados por los agentes mencionados anteriormente. Estoy de acuerdo, en caso de impago, de asumir el costo de los intereses, cobro y legal acción (si es necesario). (2) Las leyes federales y estatales vigentes nos obligan a mantener la privacidad de su información médica. Nuestro document de Aviso de practicas de privacidad le informa sobre nuestra Aviso en cualquier momento. (3) Mi derecho al pago de todos los productos farmacéuticos, procedimientos, pruebas, alquiler de equipos médicos, sumimistros y servicios de enfermería/médicos, incluidos los principales beneficios médicos, se encuentran asignado a la salud de Wilmington. Esta asignación cubre todos y cada uno de los beneficios bajo Medicare, otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Yo reconozco este document como una asignación legalmente vinculante para cobrar mis beneficios como pago de reclamos por servicios. En el caso de que mi compañía de seguros no acepte la Asignación de Beneficios, o si los pagos se realizan directamente a mí o a mi representante, aseguraré dicho pago a Wilmington Health.

Table with 4 columns: Imprimir Nombre, Nombre de la muestra, Relación con el paciente, Fecha. Rows for Paciente and Responsable Partido.

# 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](mailto:privacy@wilmingtonhealth.com)

**HIPAA #1SP**  
Revision 08/2010