WILMINGTON HEALTH

1202 Medical Center Dr.
Attn: Medical Records
Wilmington, NC 28401

Phone: 910-341-3308
Fax Requests to: 910-341-3419
Fax Records to: 910-341-1900

Autorización para Uso, Divulgación y/o Solicitud de Información de Salud Protegida

Nombre del paciente:_____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Información específica que se solicita:

☐ Todos los registros pediátricos
☐ Notas de Historia/Oficina
☐ Resultados de las pruebas de laboratorio
☐ Pruebas de Papanicolaou
☐ Mamografías
☐ Vacunas
☐ Informes de colonoscopia y/o EGD, incluidos los informes de patología asociados
☐ Informes de radiología (incluye densidad ósea, CT/CTA, MRI/MRA, vascular, etc.)
☐ Estudios de Cardiología
☐ Otro: (Sea lo más específico posible, ya que solo podremos proporcionar la información específica que indique)

Período de tiempo de los registros que se publicarán: (ejemplos: 1 año, 2016 - actual o últimas 3 visitas)

_____

A menos que esté inicializada, la siguiente información NO se divulgará ni divulgará:

_____ Estado de VIH/SIDA/enfermedad transmisible

_____ Abuso o tratamiento de alcohol y/o drogas

_____ Estado o tratamiento de salud mental

Entidades autorizadas para usar, divulgar o recibir: si las personas u organizaciones autorizadas a continuación no están proveedores de atención médica, pueden divulgar aún más la información de salud protegida y ya no puede ser protegido por las leyes federales de privacidad de la información de salud.

Registros solicitados DE:
¿De dónde vienen los registros?

Nombre del proveedor u organización:

_____

Dirección:_____

_____

Teléfono:_____

Fax:_____

Registros que se envían A:
¿Adónde se envían los registros?

Nombre del proveedor u organización:

_____

Dirección:_____

_____

Teléfono:_____

Fax:_____

1202 Medical Center Dr.
Attn: Medical Records
Wilmington, NC 28401

Phone: 910-341-3308
Fax Requests to: 910-341-3419
Fax Records to: 910-341-1900

Preferencia para la recepción de registros:

☐ Correo regularl
☐ Fax: _____
☐ Copia electrónica (disco)

El propósito del Uso, Divulgación y/o Solicitud: Es posible que se apliquen tarifas según la forma y el motivo de liberación de información.

☐ Cambio de proveedor/continuación de la atención
☐ Seguro
☐ Abogado
☐ Uso personal
☐ Otro: _____

Esta autorización vencerá: (elija uno)

☐ 2 años después de la muerte del paciente
☐ Tras la revocación por escrito
☐ Fecha futura: _____
☐ Al ocurrir el siguiente evento: _____

Al firmar a continuación, entiendo:

- Autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida como se describe en este documento.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito de mi revocación. Yo entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada en base a esta autorización antes de recibir la notificación de revocación de la autorización.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y la solicitud se considerará nula y sin efecto.
- Wilmington Health no puede condicionar mi tratamiento a mi negativa a firmar esta autorización.

Firma:_____Fecha: _____
Últimos 4 dígitos del número de seguro social del paciente: _____

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del paciente, complete el siguiendo:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Si tiene inquietudes sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con el funcionario de privacidad de Wilmington Health:

Teléfono: 910-796-7701 Fax: 910-772-1307 Dirección: 1202 Medical Center Dr. Wilmington, NC 28401

Correo electrónico: privacyofficer@wilmingtonhealth.com