

Información del Paciente: Yo doy permiso para revelar la información de salud de:

(Un paciente por formulario)

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ 4 últimos números del SS: _____
 Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

Revelar información de: _____ (Indique Institución (es) y / o Consultorio (s) pertinente (s)) _____ _____ (Número de teléfono)	Revelar información a: _____ (Nombre de la institución, persona, empresa) (Relación) _____ (Dirección o Apartado Postal / PO Box, Estado, Código Postal) _____ (Número de teléfono) (Número de fax)
---	---

PROPÓSITO DE LA ENTREGA (marque razón): Solicitud individual/ personal Atención continua al paciente Seguros
 Propósito legal, incluidos debates y procesos Otro _____

Indicar las fechas de tratamiento del historial médico a ser entregado:
 Fechas de tratamiento: Desde _____ hasta _____
 Resumen del Hospital: Puede incluir historial y físicos, informe de alta, notas quirúrgicas, consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, lista de medicamentos, alergias.
 Resumen de Consultorio / Clínica: Puede incluir visitas más recientes al consultorio, examen físico, consultas, resultados de pruebas diagnósticas.

Hospital (marque todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Resumen de Hospital <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Historial y Físico <input type="checkbox"/> Informes de Consulta <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de Radiología / Rayos X <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Expediente completo (No incluye notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> Factura detallada	Consultorio / Clínica (marque todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Resumen de Consultorio/Clínica <input type="checkbox"/> Visitas de Consultorio <input type="checkbox"/> Examen Físico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Expediente completo (No incluye notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> Factura detallada	Salud Mental/ Abuso Sub. (marque todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Resumen de Hospital <input type="checkbox"/> Evaluaciones <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Expediente completo (No incluye notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> Factura detallada
--	--	--

FORMATO: <input type="checkbox"/> CD (cargo puede aplicar) <input type="checkbox"/> Correo electrónico indicado anteriormente, cuando lo permita <input type="checkbox"/> Copia en papel (cargo puede aplicar) <input type="checkbox"/> Otro _____	MÉTODO DE ENTREGA: <input type="checkbox"/> Correo Reg. <input type="checkbox"/> Recogido <input type="checkbox"/> Fax, cuando lo permita <input type="checkbox"/> Email seguro <input type="checkbox"/> Servicio de correo Nocturno / urgente, cuando permita <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

DERECHOS DEL PACIENTE - Entiendo que:

- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Tengo que cancelar por escrito y enviar o entregar la cancelación a la instalación o consultorio que revela nombrado arriba. En caso de cancelación aplicará únicamente a la información aún no publicada por dicha instalación o consultorio.
- Esta es una revelación completa, incluyendo información relacionada con el tratamiento de comportamiento / salud mental, del abuso de drogas y alcohol (en cumplimiento con el 42 CFR Parte 2), información genética, VIH / SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Una vez que se entrega mi información de salud, el destinatario puede revelar o compartir mi información con otras personas y mi información puede no estar protegida por las protecciones federales y estatales de privacidad.
- El negarme a firmar este formulario no impedirá mi habilidad para obtener tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o calificar para beneficios.
- Atrium Health** no compartirá ni usará mi información médica sin mi permiso que no sea de la forma que figura en el Anuncio de Prácticas de Privacidad de **Atrium Health** o de lo requerido por la ley. El Anuncio de Prácticas de Privacidad está disponible en carolinashhealthcare.org.
- Un cargo puede ser aplicado por proporcionar la información de salud protegida.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario a petición.

Este permiso se vence un año después de la fecha de mi firma a menos que otra fecha o evento se escriba aquí: _____
 Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario.
 Anote la relación / autoridad si la firma no es la del paciente (Prueba escrita puede ser solicitada):
 Agente de Salud / Poder Notarial Tutor Ejecutor / Administrador / Apoderado Cónyuge
 Padre/Madre Hijo Adulto Pariente más cercano por declaración jurada Otro: _____

Nota: Si el menor de edad consintió para su tratamiento ambulatorio para embarazo, enfermedades de transmisión sexual o salud del comportamiento / mental sin consentimiento de los padres, el menor deberá firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor de edad que recibe tratamiento para el abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización, independientemente de quién consintió para el tratamiento.
 Firma del menor: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Autorización dada al paciente / Fecha de relevo: _____ vía Correo Fax Otro _____ Identificación verificada Licencia de Conducir u Otra
 (Authorization given to patient / Date of release) (via Mail) (Other) (ID Verification) (DL/Other ID)

Employee Name: _____ Date: _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION Spanish

Patient Information or Sticker
 Name:
 DOB:
 Medical Record #:
 Account #: