

Autorización para divulgar información médica personal

 **Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1601 Owen Dr **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fayetteville, NC 28304

Teléfono (910) 678-7244 Número de **teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax: (910) 678-7297

##

**Divulgar registros médicos de:**

🞎AHEC Regional Sur

🞎Otro

(Nombre del centro o médico **que DIVULGA** información)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código Postal Número de teléfono

**Recibir registros médicos:**

🞎 AHEC Regional Sur

🞎 Propio

🞎 Otro:

(Nombre del centro, persona o médico **que RECIBE** la información)

**¿Cómo te gustaría que se publicaran los discos?**

🞎 Enviado por correo: 🞎 Recogida en persona 🞎, Envío por fax

🞎 Copia en papel Copia 🞎 electrónica (unidad flash)

**Información que se dará a conocer**:

🞎 Registro completo

🞎 Informes de laboratorio

🞎 Informes/radiografías

🞎 Notas de la visita al consultorio

🞎 Otro:

 (Sírvase especificar la información que se dará a conocer)

**Propósito de la liberación:**

🞎 Transferencia de Proveedores Legal 🞎

🞎 Seguros 🞎 Personales

🞎 Mudarse fuera del estado 🞎 Otros:

 (Por favor, especifique)

Entiendo que mis registros médicos de SR-AHEC pueden contener información de otros centros que pueden enviarse cuando se solicite. Al firmar esta autorización para divulgar información de salud personal, usted le otorga permiso al Centro de Educación para la Salud del Área Regional del Sur para volver a divulgar los registros que hemos obtenido de otras instalaciones.

**CONTINÚA EN LA PARTE POSTERIOR**

El Consultorio está obligado a responderle dentro de los (30) días posteriores a su solicitud para informarle si aceptará su solicitud o para informarle si el Consultorio necesita más tiempo para responder a su solicitud.

De conformidad con las disposiciones de privacidad contenidas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), usted tiene derecho a solicitar que el CENTRO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL ÁREA REGIONAL DEL SUR (el "Consultorio") le proporcione acceso a su información médica protegida. El Consultorio no está obligado a aceptar su solicitud en ciertos casos, incluso si (i) el acceso a la información plantea problemas de seguridad, (ii) el acceso a la información está limitado por la ley estatal o una orden judicial, (iii) la PHI consiste en notas de psicoterapia, (iv) la PHI fue compilada por el Consultorio o uno de los Socios Comerciales del Consultorio en anticipación o para su uso en un procedimiento legal, (v) la PHI se obtuvo de alguien que no sea un proveedor de atención médica cubierto bajo una promesa de confidencialidad y el acceso probablemente revelaría la fuente de la información, o (iv) la PHI fue creada u obtenida por un proveedor de atención médica cubierto en el curso de la investigación y la persona dio su consentimiento para la denegación de acceso al dar su consentimiento para participar en la investigación. (v) SR-AHEC no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad a la firma de la autorización.

**MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS:**

🞎 **NO** 🞎 **AUTORIZO** la divulgación de partes del registro que se relacionen con el abuso de sustancias, condiciones psicológicas/psiquiátricas y/o enfermedades transmisibles, incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o pruebas de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), si están presentes.

Entiendo que puedo retirar/cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en la autorización. Esta autorización caducará automáticamente un año después de la fecha de firma. A menos que la ley permita lo contrario, se prohíbe la divulgación adicional de esta información sin mi consentimiento previo por escrito. Entiendo que una vez que se divulga la información, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que las leyes de privacidad federales y/o estatales no protejan la redivulgación. Entiendo perfectamente esta autorización y se hace voluntariamente de mi parte.

## For Office Use Only

Info Released:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Date Initials

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal Fecha

**¿Cuál es su relación con el paciente?**

🞎 Representante 🞎 Legal 🞎 Propio Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene un poder notarial médico si es necesario para este paciente?**

**¿Documentos de custodia si usted no es el padre legal? (Por favor, proporciónenos una copia)**

🞎 SÍ

🞎 NO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo Fecha

**ES POSIBLE QUE LOS REGISTROS NO ESTÉN DISPONIBLES DE INMEDIATO**

**ES POSIBLE QUE SE COBRE UN CARGO POR LAS COPIAS**

🞎 LIBERADO EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD 🞎 IDENTIFICACIÓN CON FOTO VERIFICADA

FM 03-30-98 revisado 12/10/2020