

Wayne UNC Health Care
 2700 Wayne Memorial Drive
 Health Information Management
 Goldsboro, North Carolina 27534
 919-731-6117; Fax 919-587-2975

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Yo autorizo / I authorize:

	UNC Health Care System	u / or		Otro centro médico: <i>Other facility</i>
--	------------------------	---------------	--	--

Para usar o divulgar a / To use or disclose to:

Nombre de la persona o el centro médico: <i>Name of Person or Facility</i>			
Dirección: <i>Address</i>	Ciudad: <i>City</i>	Estado: <i>State</i>	Código Postal: <i>Zip</i>
Teléfono: <i>Phone</i>	Fax: <i>Fax</i>	Correo electrónico: <i>Email</i>	

La información médica protegida de / The protected health information of:

Nombre del paciente: <i>Patient Name</i>	Fecha de nacimiento: <i>Date of Birth</i>	Los últimos 4 dígitos del seguro social: <i>SS# (last 4)</i>	
Dirección: <i>Address</i>	Ciudad: <i>City</i>	Estado: <i>State</i>	Código Postal: <i>Zip</i>
Teléfono: <i>Phone</i>	Núm. de expediente médico de UNC: <i>UNC Medical Record #</i>		

Fechas de servicio / Dates of Service: _____

Haga una MARCA al lado de los documentos específicos que sean pertinentes a su solicitud:

Put a CHECKMARK next to the specific documents that apply to your request

<input type="checkbox"/>	Historia clínica (paciente ambulatorio) <i>Clinic notes (outpatient)</i>	<input type="checkbox"/>	Historia quirúrgica/de procedimientos <i>Operative / Procedure notes</i>	<input type="checkbox"/>	Historia clínica (paciente hospitalizado) <i>Progress Notes (inpatient)</i>
<input type="checkbox"/>	Historia clínica de la sala de emergencias / ED notes	<input type="checkbox"/>	Ordenes de los proveedores <i>Providers' Orders</i>	<input type="checkbox"/>	Informes de radiología <i>Radiology reports</i>
<input type="checkbox"/>	Historia clínica de cuidado urgente / Urgent Care notes	<input type="checkbox"/>	Historia clínica de enfermería <i>Nursing notes</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Entrevista y exploración clínica <i>History and Physical</i>	<input type="checkbox"/>	Consultas médicas <i>Consultations</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Resumen del alta <i>Discharge Summary</i>	<input type="checkbox"/>	Informes de laboratorio <i>Lab. reports</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Otro (describa) / Other (describe)			<input type="checkbox"/>	

Entiendo que la información divulgada puede incluir información confidencial relacionada con psiquiatría, salud mental, drogas y alcohol (incluido el expediente de un programa que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión con respecto a la drogadicción o el alcoholismo, como lo define la ley federal en 42 C.F.R Parte 2), el VIH / SIDA y otras enfermedades transmisibles, así como pruebas genéticas. Esta autorización no incluye el permiso para divulgar notas de psicoterapia (definidas como registros de sesiones de terapia privadas, conjuntas, grupales o familiares que están separadas del resto del expediente médico del paciente). Se requiere una autorización por separado para divulgar las notas de psicoterapia.

Haga una MARCA al lado del propósito de la solicitud:

Put a CHECKMARK next to the purpose of the request

<input type="checkbox"/>	Abogado / Legal <i>Attorney/Legal</i>	<input type="checkbox"/>	Cuidado continuo del paciente <i>Continued Patient Care</i>	<input type="checkbox"/>	Seguro <i>Insurance</i>
<input type="checkbox"/>	Uso personal <i>Personal Use</i>	<input type="checkbox"/>	Servicios Sociales / Incapacidad <i>Social Services/Disability</i>	<input type="checkbox"/>	Otro <i>Other</i>

Haga una MARCA al lado de como desea recibir sus documentos:

Put a CHECKMARK next to how you would like to receive your request

Enviar a la dirección arriba mencionada <i>Mail to address listed above</i>	Enviar por fax (a proveedores solamente –no faxes personales) <i>Fax to # listed above</i>	Recoger los documentos en la oficina de divulgación (HIM) <i>Pick up in Release Dept. (HIM)</i>
Revisar en la oficina de divulgación de información médica (HIM) <i>Review in Release Dept. (HIM)</i>	Revisar a distancia (sólo para empleados con acceso al expediente médico electrónico) <i>Review remotely</i>	Divulgación verbal <i>Verbal release</i>
Enviar por correo electrónico a la dirección arriba mencionada <i>Receive electronically at e-mail above</i>	Divulgar a MyUNCChart (Se necesita introducir los 4 dígitos del año del nacimiento) * <i>Release to MyUNCChart</i>	Otro. Especifique: <i>Other. Specify</i>

*El acceso vía MyUNCChart estará disponible solo por 30 días, pero puede imprimir o guardar los documentos para su uso personal.

ENTIENDO QUE:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento:
 - Esta revocación no se aplica a aquella información que ya ha sido divulgada como resultado de esta autorización.
 - Debo revocar esta autorización por escrito. El procedimiento para revocar esta autorización consiste en presentar mi revocación por escrito ante el *Health Information Management Department*.
- Puedo negarme a firmar esta autorización:
 - Mi tratamiento, los pagos, la inscripción en un plan de salud o aptitud para recibir los beneficios no se condicionarán en base a mi autorización para la divulgación.
 - Es posible que se cobre una tarifa por proporcionar la información de salud protegida. Favor de comunicarse con *Copy Service* (servicio de fotocopias) para obtener información sobre la tarifa y precio al 919-731-6117.

Se me ha notificado y entiendo que la información divulgada como consecuencia de esta autorización podría divulgarse de nuevo por parte de la persona a quien se destina. Es posible que una vez divulgada, la privacidad de la información ya no esté protegida bajo la ley federal de la privacidad médica.

A menos que se revoque, esta autorización caducará en la fecha o por el evento o condición siguiente: _____
Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition

Si no especifico una fecha, un evento o una condición de caducidad, esta autorización caducará automáticamente a los noventa (90) días de la fecha en que se firmó.

He leído y entendido la información en este formulario de autorización.

Firma del paciente: <i>Signature of Patient</i>		
Nombre en letra de imprenta: <i>Printed Name</i>	Fecha: <i>Date</i>	Hora: <i>Time</i>

O/OR

Firma del representante autorizado: <i>Signature of Authorized Representative</i>		
Nombre en letra de imprenta: <i>Printed Name</i>	Fecha: <i>Date</i>	Hora: <i>Time</i>
Favor de explicar la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente: <i>Please explain Representative's authority to act on the behalf of the Patient</i>		

OFFICE USE ONLY	
PROCESSED DATE: _____ <input type="checkbox"/> ID Checked PROCESSED BY: _____ TOTAL PAGES: _____ ADDITIONAL NOTES: _____	STAMPS / ADDITIONAL NOTES: