



AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA EL USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

HIPAA AUTHORIZATION FOR USE / DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 dígitos del SSN: XXX-XX-____ N°. de teléfono: _____

Dirección: _____

1. Autorizo a Cone Health o a _____ a divulgar la siguiente información a:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ Correo electrónico: _____

2. Propósito de la divulgación:

☐ Solicitud del paciente ☐ Legal ☐ Otro (especifique) _____

3. Autorizo que se divulguen mis registros de las siguientes instalaciones de Cone Health (marque según corresponda):

☐ The Moses H. Cone Memorial Hospital ☐ Alamance Regional Medical Center ☐ Alamance Regional Cancer Center
☐ Annie Penn Cancer Center ☐ Annie Penn Hospital ☐ Cone Health Cancer Center ☐ MedCenter High Point ☐ Wesley
Long Hospital ☐ Women's Hospital ☐ Alamance Regional Medical Center Behavioral Health ☐ Behavioral Health Hospital
☐ Otro: _____ ☐ Cone Health Medical Group: _____
(especifique) (nombre del consultorio y/o nombre del proveedor)

4. Fechas de servicio solicitadas: de: ____ / ____ / ____ a: ____ / ____ / ____ o Para: ☐ Fecha prevista del alta del episodio actual.

5. Información a divulgar:

☐ Fechas de servicio solamente ☐ Resumen del alta ☐ Historial y examen físico ☐ Informes de consultas ☐ Notas operativas ☐ Notas de progreso ☐ Resultados de laboratorio ☐ Informes de radiografías ☐ Visita a la emergencia
☐ Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias ☐ Todo ☐ Otro
(especifique): _____

Específico de la salud conductual: ☐ Historial psicosocial ☐ Evaluación de admisión psiquiátrica ☐ Notas de la terapia
☐ Comunicación de doble vía ☐ Resumen después de la visita (AVS) ☐ Evaluación de riesgos de suicidio en el alta ☐ Otro
(especifique): _____

6. Forma de divulgación: (Es posible que se cobre un cargo por la reproducción de historias clínicas, películas y cintas.)

Mis registros deben ser proporcionados de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda): ☐ Imprimir en papel
☐ CD/USB ☐ Enviar por correo postal a la dirección indicada arriba ☐ Enviar por fax al número indicado arriba
☐ Recogido por el destinatario autorizado ☐ Enviar por correo electrónico a la dirección arriba indicada.

DERECHOS DEL PACIENTE Y FIRMA

- Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica identificable individualmente según lo descrito anteriormente. Esto incluye información pertinente a información sensible como la relacionada con mi salud reproductiva, salud mental, enfermedades de transmisión sexual, pruebas genéticas, abuso de drogas/alcohol y diagnóstico de VIH/SIDA.
- Expediente de abuso de sustancias: comprendo que mi expediente de tratamiento de alcohol y drogas está protegido según las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los expedientes de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R., Parte 2, y estos no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito a menos que las regulaciones indiquen lo contrario.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y que Cone Health no puede obligarme a firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento de Cone Health, excepto: (i) cuando Cone Health me brinde tratamiento relacionado con la investigación; o (ii) cuando Cone Health me brinde atención médica con el único propósito de crear información médica protegida para divulgarla a otra persona y esa divulgación no esté permitida por la ley HIPAA sin una autorización firmada.
- Entiendo que una vez divulgada la información en conformidad con esta autorización, es posible que la información

divulgada ya no esté protegida por las normas de privacidad federales o estatales.

5. Entiendo que esta autorización caducará un año después de la fecha de la firma, a menos que se indique otra fecha de caducidad: _____.
6. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito enviando mi revocación por correo a: The Moses H. Cone Memorial Hospital; HIM Dept. - ATTN: ROI; 1200 N Elm Street; Greensboro, NC 27401. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que se haya divulgado de acuerdo con esta autorización antes de que Cone Health reciba mi revocación por escrito.
7. Entiendo que, si solicito que me envíen mi historial por correo postal o electrónico, es posible que la información sobre mi salud no esté segura durante el transporte y que podría ser vista por alguien que no sea yo.
8. Entiendo que puede haber un cargo asociado a los servicios de divulgación de información prestados.

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Nombre de la persona que firma como: ☐ Padres ☐ Tutor ☐ Representante autorizado (adjuntar copia de los documentos legales) Fecha (Date)

OFFICE USE ONLY

Driver's License #

HIM Staff Signature

Date



SHROI

54564 (06/19)