

AUTORIZO A WAKEMED A (Seleccione uno) DAR O OBTENER MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Para el PROPÓSITO (Seleccione uno) de Facturación/Seguros Atención al paciente Personal Legal Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/DESTINATARIO (Imprimir)

Paciente

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento
---------------------	---------------------

**Información de contacto
del destinatario**

Nombre de la persona, organización o centro al que desea que divulguemos su PHI

Address where you want your PHI sent to

Ciudad	Estado	Código
--------	--------	--------

Teléfono #	Fax # (Solo para proveedores de atención)
------------	---

Email address

PHI PARA SER DADO/OBTENIDO

Fecha(s) de visita

Especifique la fecha, el intervalo de fechas u otra descripción específica de su visita

Registros solicitados (seleccione los que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visita al consultorio
<input type="checkbox"/> Op Note
<input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Visita de atención de urgencia
<input type="checkbox"/> Inmunizaciones
<input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingreso hospitalario y/o visita a la sala de emergencias
<input type="checkbox"/> Resumen de admisión hospitalaria y/o visita a la sala de emergencias (*Incluye todo, o seleccione por separado)
<input type="checkbox"/> *Resumen de alta <input type="checkbox"/> *Historia y Física
<input type="checkbox"/> *Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> *Informes de Radiología | |
| <input type="checkbox"/> Estudio de diagnóstico por imágenes (cuando solicite que sus estudios de diagnóstico por imágenes se envíen a un proveedor de atención médica, la imagen se compartirá electrónicamente. Si su proveedor no puede recibir a través de PowerShare, se le enviará un CD por correo). | |

Formato (Seleccione uno)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Copia en papel o <input type="checkbox"/> Copia electrónica (incluye CD, MyChart, PDF por correo electrónico) |
|--|

Método de entrega (Seleccione uno)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Revisión in situ (solo con cita privia)
<input type="checkbox"/> MyChart (para fechas de servicio a partir del 2/1/2015)
<input type="checkbox"/> Correo electrónico: Las comunicaciones por correo electrónico pueden no ser seguras. Existe la posibilidad de que la información incluida en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona la que va dirigida. Por lo tanto, encriptamos su correo electrónico a menos que marque esta casilla para <input type="checkbox"/> correo electrónico desencriptado. |
|--|

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A: HIMROI@Wakemed.org; Fax: 919-350-1720

O WakeMed Health & Hospitals-HIM Department 3000 New Bern Avenue, Raleigh, NC 27610;

Si tiene preguntas, llame al: 919-350-8370

Place Patient Label Here

**WakeMed
Authorization to Release
Medical Information**



COMPRENSIÓN

Entiendo que la PHI divulgada puede incluir información/resultados sobre deterioro psicológico o psiquiátrico, agresión sexual, abuso de alcohol, abuso de drogas, una enfermedad transmisible como el VIH/SIDA, pruebas genéticas y/o salud reproductiva.

Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada de conformidad con esta autorización y antes de haber revocado mi autorización. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito al Departamento de Administración de Información Sanitaria.

Entiendo que el tratamiento no estará condicionado a que complete esta autorización.

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de un destinatario de dicha información y ya no estaría protegida bajo los términos de la regla federal de privacidad.

Entiendo que las solicitudes de "cualquiera y/o todos" los registros y otras solicitudes de gran volumen se envían al servicio de copia de WakeMed para su procesamiento. Entiendo que se cobrará una tarifa por estos registros.

AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Por la presente certifico y doy fe con mi firma en esta autorización que soy el paciente o el representante personal debidamente autorizado del paciente mencionado anteriormente con la autoridad para ingresar esta autorización en nombre de dicha persona. Entiendo que se puede solicitar una prueba de mi identidad y esta autoridad. He leído las disposiciones establecidas en esta autorización y acepto que WakeMed puede divulgar la información médica de dicha persona para los fines establecidos en este documento.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante

Firma del Representante Personal

Si usted es un representante personal, explique su relación/autoridad para actuar en nombre del paciente

REVOCACIÓN

A menos que se haya revocado previamente, esta Autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: (fecha de lista, condición de evento)

Si no especificó una fecha de vencimiento o evento o condición, esta Autorización permanecerá en vigor durante noventa (90) días a partir de la fecha en que la firme.

CONTÁCTENOS

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A: HIMROI@Wakemed.org; Fax: 919-350-1720
O WakeMed Health & Hospitals-HIM Department 3000 New Bern Avenue, Raleigh, NC 27610;
Si tiene preguntas, llame al: 919-350-8370

Place Patient Label Here

WakeMed
Authorization to Release
Medical Information