

## Autorización para divulgar información médica o de facturación protegida

Nombre del paciente: _____	<b>Doy permiso a:</b>
Apodo/Apellido soltera/Alias: _____	<i>Persona,</i> _____
Número de teléfono: _____	<i>Instalación,</i> _____
Fecha de nacimiento: _____	<i>Práctica médica,</i> _____
Informe médico #: _____	<i>o</i> _____
Dirección del paciente: _____	<i>Departamento</i> _____

**De compartir mi información médica con:** \_\_\_\_\_

Dirección: _____	Número de teléfono: _____	_____
_____	Número de fax: _____	_____
	Correo electrónico: _____	_____

**Fuentes de información médica**

- Sólo** incluir información de Novant Health Facility / Práctica médica / Departamento al que se le dio permiso anteriormente.
- Incluir información de Novant Health Facility / Práctica médica / Departamento al que se le dio permiso anteriormente, **así como** al siguiente centro(s) de Novant Health Facility (*Especificar*): \_\_\_\_\_

**Fechas de tratamiento** (*Especificar fecha o intervalo de fechas*): \_\_\_\_\_

**Información a ser compartida** (*Marcar todas las que apliquen*):

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Seguro                  | <input type="checkbox"/> Notas de progreso      | <input type="checkbox"/> Otra ( <i>Especificar</i> ): _____ |
| <input type="checkbox"/> Datos de facturación      | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de radiología  |   |
| <input type="checkbox"/> Consulta                  | <input type="checkbox"/> Registros de medicación | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología |   |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta           | <input type="checkbox"/> Notas de enfermeras     | <input type="checkbox"/> Informe de cirugía     |   |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico  | <input type="checkbox"/> Dictado médico          | <input type="checkbox"/> Resultados de prueba   |   |

**Aviso importante: Esta es una divulgación completa, que incluye información sobre drogas, alcohol, psiquiátrica y enfermedades de transmisión sexual, a menos que aparezca aquí:**

**Razón para divulgar información médica:**

- |   |                                      |                                       |   |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Por solicitud (del paciente) | <input type="checkbox"/> Tratamiento | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Otra ( <i>Describir</i> ): _____ |
| <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores | <input type="checkbox"/> Seguro      | <input type="checkbox"/> Legal        |   |

**Cómo entregar información médica:**  En persona  Recoger  Fax  Correo  Correo electrónico (*cifrada/asegurada*)

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por ley, Novant Health ("Novant") no puede utilizar o compartir mi información médica sin mi permiso, excepto en los casos que se indican en Aviso de prácticas de privacidad de Novant.</li> <li>2. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Debo cancelar por escrito y dirigirlo a la persona u organización nombrada arriba. No puedo cancelar el intercambio de información ya divulgada como resultado de este permiso.</li> <li>3. No tengo que firmar este formulario. La negativa no va a cambiar mi capacidad de obtener tratamiento, pago del tratamiento o beneficios.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Una vez que se envíe la información, ésta puede no estar protegida por la ley. Alguien podría compartir mi información con otras personas sin mi permiso.</li> <li>5. He leído, entendido y, a solicitud mía, me ha sido dada una copia de este formulario.</li> <li>6. Esto no es para uso comercial o de investigación.</li> </ol> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><b>Aviso: Puede que exista un cargo por hacer copias del expediente médico requerido.</b></p> |
|---|---|

**Mi autorización termina 90 días después de la fecha de firma, a menos que una fecha o evento esté escrito aquí:** \_\_\_\_\_

Firma de paciente o representante del paciente	Fecha	Firma del testigo	Fecha
<b>Autoridad legal a firmar por paciente:</b> <input type="checkbox"/> Agente de salud <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Pariente más cercano <input type="checkbox"/> Administrador/Testamentario			
<b>Si firma este permiso como tutor del paciente, agente de salud, apoderado o administrador/executor del estado del paciente, usted debe proporcionar la documentación apropiada de autoridad legal antes de que los registros puedan ser entregados.</b>			
<b>Paciente es:</b> <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Incompetente <input type="checkbox"/> Incapacitado			
Si tiene nivel de Inglés limitado o problemas de audición, ofrecer un intérprete sin costo adicional. <input type="checkbox"/> Intérprete aceptado _____ <input type="checkbox"/> Intérprete declinado _____ (nombre/número de personas/servicio elegido/usado)			