



Carolinas HealthCare System - Authorization for Release of Health Information Form

Carolinas HealthCare System - Formulario de Autorización para Dar a Conocer Información de Salud

Por medio del presente, autorizo el uso o la revelación de mi información de salud identificable como es descrito abajo. Entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es una compañía de seguro o un proveedor de salud, la información entregada podría ya no ser protegida por las regulaciones federales de privacidad.

PROPÓSITO DE LA ENTREGA: [ ] Comunicación en Curso [ ] Copia del Historial [ ] Revisión Legal o del Seguro [ ] Solicitación de un Representante Autorizado [ ] Otro

ENTREGA POR PARTE DE: La instalación/consultorio/individuo anotado abajo está autorizado a entregar la información de salud solicitada: Nombre de la instalación/consultorio: Número Telefónico: Dirección de la instalación/consultorio: Número de Fax: La instalación/consultorio/individuo anotado arriba está autorizado a entregar la información de salud por lo siguiente: fecha(s) del servicio, margen de tiempo o evento(s): Desde:(mes/día/año) Hasta:(mes/día/año)

MARQUE LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA A SER ENTREGADA: [ ] Ordenes del Doctor [ ] Otros (Por favor, especifique) [ ] Todos los Historiales y Detalles [ ] Resumen del Alta [ ] Reportes de Laboratorio/Patología [ ] Notas de Progreso [ ] Información de Citas [ ] Historiales de la Sala de Emergencia [ ] Registro de Medicamentos [ ] Evaluación Previa Psiquiátrica [ ] Información de Cobros [ ] Historial y Examen Físico [ ] Notas de Oficina/Clinica [ ] Radiología/Reportes de Imágenes [ ] Reporte de la Consulta [ ] Registro de Vacunas [ ] Reporte Operatorio [ ] Resultados de Pruebas Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada a tratamiento de abuso de droga o alcohol, anemia de células falciformes, insuficiencia psicológica o psiquiátrica, enfermedades por transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA y/o otros virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

NOMBRE DEL PACIENTE CUYA INFORMACIÓN SERÁ ENTREGADA: Nombre del Paciente: Primer Segundo/De Soltera Apellido Dirección del Paciente: (Dirección de Calle/Apdo. Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Número de Historial/Hoja Médica Por favor, provea los números telefónicos donde usted está autorizando a CHS a dejar la información del paciente descrita arriba: Casa: Trabajo: Celular:

ENTREGAR A: Esta información puede ser entregada a y usada por los siguientes individuos/organizaciones. Una autorización aparte debe ser completada si la información entregada o el propósito difieren entre los individuos/organizaciones anotados abajo: Nombre Dirección Número Telefónico/Fax Parentesco/Relación

DERECHOS Y FIRMA DEL PACIENTE: [ ] Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Departamento de Registros Médicos ("Medical Record Department") de la organización mencionada arriba. (Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido entregada en respuesta a esta autorización. Entiendo que una revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le otorga el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.) [ ] Entiendo que autorizar la revelación de esta información de salud privada es voluntario y puedo rehusarme a firmar esta autorización. [ ] Entiendo, según el CHS Anuncio de Cómo Manejamos la Privacidad, que puedo solicitar inspeccionar u obtener una copia de la información a ser usada o revelada. [ ] Esta autorización se vencerá cuando la información del evento/propósito anotado arriba es entregada al destinatario nombrado en este documento. Si el paciente es menor de edad o es incapaz clínicamente de firmar, un representante autorizado puede firmar esta autorización. NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA (Paciente/Representante Autorizado): FIRMA: FECHA: Si la firma es de un Representante Autorizado, por favor, indique su parentesco/relación: [ ] Esposo/a [ ] Padre/Madre [ ] Guardián [ ] Testamentario [ ] Apoderado

FIRMA DEL MENOR DE EDAD: Por favor, tome nota, si la información es relacionada al tratamiento de un embarazo, abuso de droga y/o alcohol, enfermedad venérea, o trastorno emocional para un paciente menor de 18 años de edad, el paciente debe también firmar esta autorización. NOMBRE DEL MENOR: FIRMA DEL MENOR: FECHA:

COMPENSACIÓN FINANCIERA: Si el solicitante de la información es un proveedor de cuidado de salud, ¿recibirá él alguna compensación financiera a cambio del uso o revelación de la información descrita arriba? [ ] Sí [ ] No [ ] No se aplica

FOR CAROLINAS HEALTHCARE SYSTEM USE ONLY: CHS EMPLOYEES PLEASE COMPLETE

[ ] Identification verified [ ] Copy of Authorization given to patient / Date of release: via [ ] Mail [ ] Fax [ ] Other [ ] Accepted - Released information as described above [ ] Partially Accepted - Describe patient information not released:

CHS Employee Name & Title: CHS Employee Signature: Date