

Request #

Health Information Management  
Smithfield, North Carolina 27577  
919-938-7705; Fax 919-934-9266

### Autorizacion Para Divulgar Informacion

Yo autorizo / I authorize:

|                          |                        |               |                          |  |
|--------------------------|------------------------|---------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | UNC Health Care System | <i>u / or</i> | <input type="checkbox"/> | Otro centro médico:<br><i>Other facility</i> |
|--------------------------|------------------------|---------------|--------------------------|--|

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

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

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

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

Fechas de servicio / Dates of Service: \_\_\_\_\_

Haga una **MARCA** 1 lado de los documentos específicos que sean pertinentes a su solicitud:

Put a **CHECK MARK** next to the specific documents that apply to your request

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

*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 CF.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 M resto del expediente médico del paciente). Se requiere una autorización por separado para divulgar las notas de psicoterapia.*

Haga una **MARCA** 1 lado del propósito de la solicitud:

Put a **CHECKMARK** next to the purpose of the request

|                          |                                     |                          |   |                          |                      |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Personal Use<br><b>Uso personal</b> | <input type="checkbox"/> | Cuidado continuo del paciente<br><i>Continued Patient Care</i>          | <input type="checkbox"/> | Otro<br><i>Other</i> |
|                          |                                     | <input type="checkbox"/> | Servicios Sociales 1 Incapacidad<br><i>Social Services 1 Disability</i> |                          |                      |

REQUEST # \_\_\_\_\_

**Haga una marca<~al lado de como desea recibir sus documentos:**

*Pul a CHECK MARK next to how you would like to receive your request*

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

- o Esta revocación no se aplica a aquella información que ya ha sido divulgada como resultado de esta autorización.
- o 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:

- o Mi tratamiento, los pagos, la inscripción en un plan de salud o aptitud para recibíj- los beneficios no se condicionarán en base a mi autorización para la divulgación.
- o 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.**

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

| OFFICE USE ONLY  |   |
|--|---|
| <b>PROCESSED DATE:</b> _____<br><b>PROCESSED BY:</b> _____<br><b>TOTAL PAGES:</b> _____<br><b>AMITIONAL NOTES:</b> _____ | <input type="checkbox"/> ID Checked<br><b>STAMPS / AMITIONAL NOTES:</b> _____ |

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 11129116*