

**Información del Paciente: Yo doy permiso para revelar la información de salud de:**

**(Un paciente por formulario)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ 4 últimos números del SS: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Revelar información de: _____ (Indique Institución (es) y / o Consultorio (s) pertinente (s)) _____ _____ (Número de teléfono)	Revelar información a: _____ (Nombre de la institución, persona, empresa) (Relación) _____ (Dirección o Apartado Postal / PO Box, Estado, Código Postal) _____ (Número de teléfono) (Número de fax)
---	---

PROPÓSITO DE LA ENTREGA (marque razón):  Solicitud individual/ personal  Atención continua al paciente  Seguros  
 Propósito legal, incluidos debates y procesos  Otro \_\_\_\_\_

Indicar las fechas de tratamiento del historial médico a ser entregado:  
 Fechas de tratamiento: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
 Resumen del Hospital: Puede incluir historial y físicos, informe de alta, notas quirúrgicas, consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, lista de medicamentos, alergias.  
 Resumen de Consultorio / Clínica: Puede incluir visitas más recientes al consultorio, examen físico, consultas, resultados de pruebas diagnósticas.

<b>Hospital (marque todas las que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Resumen de Hospital <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Historial y Físico <input type="checkbox"/> Informes de Consulta <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de Radiología / Rayos X <input type="checkbox"/> Informes de patología  <input type="checkbox"/> Expediente completo (No incluye notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> Factura detallada	<b>Consultorio / Clínica (marque todas las que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Resumen de Consultorio/Clínica <input type="checkbox"/> Visitas de Consultorio <input type="checkbox"/> Examen Físico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> Otro _____  <input type="checkbox"/> Expediente completo (No incluye notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> Factura detallada	<b>Salud Mental/ Abuso Sub. (marque todas las que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Resumen de Hospital <input type="checkbox"/> Evaluaciones <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Otro _____  <input type="checkbox"/> Expediente completo (No incluye notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> Factura detallada
--	--	--

<b>FORMATO:</b> <input type="checkbox"/> CD (cargo puede aplicar) <input type="checkbox"/> Correo electrónico indicado anteriormente, cuando lo permita <input type="checkbox"/> Copia en papel (cargo puede aplicar) <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>MÉTODO DE ENTREGA:</b> <input type="checkbox"/> Correo Reg. <input type="checkbox"/> Recogido <input type="checkbox"/> Fax, cuando lo permita <input type="checkbox"/> Email seguro <input type="checkbox"/> Servicio de correo Nocturno / urgente, cuando permita <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

**DERECHOS DEL PACIENTE - Entiendo que:**

- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Tengo que cancelar por escrito y enviar o entregar la cancelación a la instalación o consultorio que revela nombrado arriba. En caso de cancelación aplicará únicamente a la información aún no publicada por dicha instalación o consultorio.
- Esta es una revelación completa, incluyendo información relacionada con el tratamiento de comportamiento / salud mental, del abuso de drogas y alcohol (en cumplimiento con el 42 CFR Parte 2), información genética, VIH / SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Una vez que se entrega mi información de salud, el destinatario puede revelar o compartir mi información con otras personas y mi información puede no estar protegida por las protecciones federales y estatales de privacidad.
- El negarme a firmar este formulario no impedirá mi habilidad para obtener tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o calificar para beneficios.
- Atrium Health** no compartirá ni usará mi información médica sin mi permiso que no sea de la forma que figura en el Anuncio de Prácticas de Privacidad de **Atrium Health** o de lo requerido por la ley. El Anuncio de Prácticas de Privacidad está disponible en [carolinashhealthcare.org](http://carolinashhealthcare.org).
- Un cargo puede ser aplicado por proporcionar la información de salud protegida.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario a petición.

Este permiso se vence un año después de la fecha de mi firma a menos que otra fecha o evento se escriba aquí: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario.  
 Anote la relación / autoridad si la firma no es la del paciente (Prueba escrita puede ser solicitada):  
 Agente de Salud / Poder Notarial  Tutor  Ejecutor / Administrador / Apoderado  Cónyuge  
 Padre/Madre  Hijo Adulto  Pariente más cercano por declaración jurada  Otro: \_\_\_\_\_

Nota: Si el menor de edad consintió para su tratamiento ambulatorio para embarazo, enfermedades de transmisión sexual o salud del comportamiento / mental sin consentimiento de los padres, el menor deberá firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor de edad que recibe tratamiento para el abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización, independientemente de quién consintió para el tratamiento.  
 Firma del menor: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorización dada al paciente / Fecha de relevo: \_\_\_\_\_ vía  Correo  Fax  Otro \_\_\_\_\_  Identificación verificada  Licencia de Conducir u Otra  
 (Authorization given to patient / Date of release) (via Mail) (Other) (ID Verification) (DL/Other ID)

Employee Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION Spanish**

Patient Information or Sticker  
 Name:  
 DOB:  
 Medical Record #:  
 Account #: