

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted entiende y acepta los riesgos detallados en las Pautas para el Correo con los Pacientes, publicados en carolinashealthcare.org.

**Divulgar información de:**  
 \_\_\_\_\_  
 (Enumere las dependencias y/o prácticas aplicables)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Número de teléfono) (Número de fax)

**Liberar la información a:**  
 \_\_\_\_\_ (Nombre del centro, persona, compañía) (Relación)  
 \_\_\_\_\_  
 (Dirección Postal o casilla de correo, ciudad, estado, código postal)  
 \_\_\_\_\_  
 (Número de teléfono) (Número de fax)

**PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN (indique la razón):**  Solicitud individual/personal rep  paciente continuado atención  seguro  
 Propósito legal incluyendo discusiones & procedimientos  Otros \_\_\_\_\_

**Indique las fechas de tratamiento para que los registros sean liberados:**  
**Fechas de tratamiento: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_**

**Establecimiento (tilde todas las opciones que apliquen):**  
 Resumen de la instalación - incluyendo los artículos en negrita  
 **Resumen del alta médica**  **Registro de emergencia**  
 **Historia y Exámenes**  **Informes Cardíacos/EKG**  
 **Informes de la consulta**  Otros \_\_\_\_\_  
 Evaluación \_\_\_\_\_  
 **Informes Operatorios** \_\_\_\_\_  
 **Informes de laboratorio**  
 **Radiología/Informes de rayos X**  
 **Informes patológicos**  
 Historia completa  
 Factura Detallada

**Oficina/Clínica/Cuidados del hogar (marque todos los que correspondan):**  
 Resumen de la Clínica/Consultorio - incluye ítems en negrita  
 **Visitas a oficinas y hogares**  
 **Examen físico**  
 **Informes de laboratorio**  
 **Informes de Radiología**  
 Notas de la terapia  
 Registros de inmunizaciones  
 Otra \_\_\_\_\_  
 Todo el registro  
 Factura Detallada

**FORMATO:**  
 CD (pueden aplicar cobros)  
 Dirección de correo electrónico mencionada anteriormente, cuando esté permitida  
 Copia en papel (pueden aplicar cobros)  
 Otra \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE ENTREGA:**  
 Correo EE.UU. registrado  Retira en persona  Fax, en caso de ser permitido  
 Servicio de correo nocturno/expreso, donde se permita  
 Correo electrónico seguro  
 Otra: \_\_\_\_\_

**DERECHOS DEL PACIENTE - Entiendo que:**

- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo cancelar por escrito y enviar o entregar la cancelación al centro o práctica nombrada arriba. Cualquier cancelación se aplicará únicamente a la información que aún no haya sido proporcionada por el centro o la práctica.
- Este es un comunicado completo que incluye información relacionada con comportamiento /salud mental, drogas y tratamiento contra el abuso de alcohol (en cumplimiento con 42CFR Parte 2), información genética, HIV/SIDA, y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Una vez que mi información de salud sea divulgada, el destinatario puede revelar o compartir mi información con otros y mi información ya no puede ser protegida por leyes de privacidad federales y estatales. Registros protegidos por 42 CFR Parte 2 podrían no ser divulgados sin mi consentimiento adicional.
- Negarme a firmar este formulario no me impedirá obtener tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios.
- Atrium Health no compartirá ni usará mi información de salud sin mi permiso de otra manera que no sean las enumeradas en el Aviso de Prácticas de Privacidad o según lo exija la ley. El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en atriumhealth.org.
- Tengo el derecho a una copia de esta autorización.

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

**Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o es incapaz de firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario. Indique la relación/autoridad si la firma no es la del paciente (se PODRÍA pedir prueba escrita):**  
 Trabajador de Atención a la Salud/POA  Custodio  Ejecutor/Administrador/Apoderado  Cónyuge  
 Padre  Niño Adulto  Declaración Jurada de Familiares  Otro: \_\_\_\_\_

**Nota: Si un menor consintió en su tratamiento ambulatorio por embarazo, enfermedades de transmisión sexual o salud del comportamiento/mental, sin el consentimiento de sus padres, el menor debe firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor que está siendo tratado por abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización, independientemente de quién haya consentido el tratamiento.**

Firma de Menor: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de la divulgación: \_\_\_\_\_ vía  Correo  Fax  Otros  Identidad Verificada  DL/Otras Identidades  
 Nombre del compañero del equipo de Atrium Health y su departamento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ # de Páginas \_\_\_\_\_

**\*905\***



