

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:
 _____ (Relación)
 (Nombre del centro, persona, compañía)

 (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



