

# WAKE FOREST BAPTIST HEALTH

Para obtener una lista de las entidades cubierta por este formulario, por favor consulte [www.wakehealth.edu/compliance/Notice-of-Privacy-Practices.htm](http://www.wakehealth.edu/compliance/Notice-of-Privacy-Practices.htm).

Solo para Uso Oficial: MRN: \_\_\_\_\_  
Date Rec'd \_\_\_\_\_ Date Sent \_\_\_\_\_  
Copy given to requestor (Date) \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN para el USO o DIVULGACIÓN de INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

ESTE FORMULARIO SE DEBE LLENAR POR COMPLETO

Yo autorizo y consiento a la divulgación de información protegida de salud de: \_\_\_\_\_  
(nombre del paciente & fecha de nacimiento)

Emitida por: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Centro de Salud, Consulta o Departamento del Hospital Bautista Wake Forest, autorizada para usar/divulgar la información)

\_\_\_\_\_  
(Dirección o Ubicación del Centro de salud, Consulta, Departamento que puede usar/divulgar la información)

Entregada a: **ATTN :** **Amos Cottage**  
(Nombre de la Entidad, Persona(s) o clase de personas al que usted autoriza para recibir la información)

**3325 Silas Creek Pkwy**

(Dirección del recipiente autorizado de la información)

**Winston-Salem, NC 27103**

**336-713-7429**

**336-713-7842**

(Ciudad/Estado/Código Postal)

Número de Teléfono

Número de Fax

**Descripción de la información que puede ser usada/divulgada:** (La información puede incluir información médica relacionada con el tratamiento por alcohol, cuidado psiquiátrico, evaluaciones psicológicas, uso de drogas ilícitas, y/o VIH/SIDA, si se aplica.)

### Documentos específicos:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Urgencias    | <input type="checkbox"/> Resultado de Radiología         | <input type="checkbox"/> Conversation with staff                             |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Egreso            | <input type="checkbox"/> Cateterismo Cardíaco            | <input type="checkbox"/> School initial and/or 3 year evaluation and testing |
| <input type="checkbox"/> Historia & Examen Físico     | <input type="checkbox"/> Informe de Patología            | <input type="checkbox"/> Psychoeducational testing                           |
| <input type="checkbox"/> Informe Quirúrgico           | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorios Toda | <input type="checkbox"/> Behavior Plan/FBA                                   |
| <input type="checkbox"/> Documento de Oficina/Clínica | <input type="checkbox"/> Documentación de la Visita      | <input type="checkbox"/> Report cards  |
|   | <input type="checkbox"/> Otro:                           |  |

Debe proporcionar la(s) fecha(s) de visita/tratamiento:  más reciente o rango de fechas específicas  de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Por favor especifique el lugar de tratamiento (el hospital, la consulta médica o el departamento específico): \_\_\_\_\_

La información se usa/divulga debido al siguiente propósito:

A pedido del individuo  tratamiento  seguro  legal  cambio de médico  Otro: \_\_\_\_\_

Formato solicitado:  Copia electrónica  Copia impresa  CD  Otro \_\_\_\_\_ (si no se especifica, se entregará en copia impresa)

Método de Entrega: Correos de EEUU a no ser que se pida:  recoger  MyChart (de ser disponible, apropiado)  Otro: Fax or secure email

- Yo entiendo que si la(s) persona(s) o entidad que recibe la información no es un proveedor de salud o plan de salud sujeto a regulaciones federales de privacidad, la información descrita arriba puede ser divulgada de nuevo y ya no estará protegida por estas regulaciones.
- Yo entiendo que yo me puedo negar a firmar esta autorización y que mi negativa para firmar no afectará las posibilidades de que yo reciba tratamiento, o pago, ni tampoco afectará mi elegibilidad para beneficios. Yo puedo revisar o copiar cualquier información usada/divulgada bajo esta autorización según sea permitido o requerido por ley.
- Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento mandando una notificación de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad de WFBH. También entiendo que yo no puedo revocar esta autorización en relación a acciones ya efectuadas basadas en esta autorización. Se ha compartido conmigo información acerca del derecho de revocar en el Aviso de Prácticas de Privacidad de WFBH. Esta autorización vence el \_\_\_\_\_. A no ser que una fecha de vencimiento se haya especificado o esta autorización haya sido revocada, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de firma.

Firma del Paciente o Representante Personal (si procede)

Fecha/Hora

Relación con el Paciente (si la persona que autoriza no es el paciente)/Autorización para Firmar en caso de no ser el paciente  
(se podrían exigir pruebas por escrito)

Esta divulgación se limita a el Centro de salud, Consulta o Departamento que usted especificó arriba.

Para obtener información de otro Centro de salud, Consulta o Departamento se requerirán autorizaciones individuales apartes.

Por favor contacte el departamento específico o el Departamento de Manejo de Información de Salud de WFBH al (336) 716-3230 si tiene preguntas.

