

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.

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: Brenner Children's Developmental and Behavioral Pediatrics
(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 336-713-0678 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"/> Resumen de Egreso | <input type="checkbox"/> Cateterismo Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Historia & Examen Físico | <input type="checkbox"/> Informe de Patología |
| <input type="checkbox"/> Informe Quirúrgico | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Documento de Oficina/Clínica | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ |
| | <input type="checkbox"/> Toda Documentación de la Visita (notas del proveedor o de enfermería, resultados, etc.) |

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: _____

- 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.

