WAKE FOREST BAPTIST HEALTH
(NCBH WFUHS WFBMC Lexington Medical Center
Davie Medical Center Wake Forest Baptist Imaging
NCBH Outpatient Endoscopy Center CareNet, Inc. Cornerstone)

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: _____
(Nombre de la Entidad, Persona(s) o clase de personas al que usted autoriza para recibir la información)

_____
(Dirección del recipiente autorizado de la información)

_____
(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:

- ❑ Departamento de Urgencias
- ❑ Resumen de Egreso
- ❑ Historia & Examen Físico
- ❑ Informe Quirúrgico
- ❑ Documento de Oficina/Clínica
- ❑ Resultado de Radiología
- ❑ Cateterismo Cardíaco
- ❑ Informe de Patología
- ❑ Resultados de Laboratorio
- ❑ Otro (por favor especifique): _____
- ❑ 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.

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

MRROI