

Authorization to Disclose Health or Billing Information

Nombre del paciente: _____ Apodo/apellido de soltera/alias: _____ N.º de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historia clínica: _____ Dirección del paciente: _____	Concedo mi permiso a: Persona, _____ Centro, _____ Consultorio, _____ o _____ Departamento _____
---	--

Para que comparta mi información médica con: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
 Número de fax: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

Fuentes de información médica

Incluir **únicamente** información del centro/consultorio/departamento de Novant Health al que se le concedió permiso anteriormente.
 Incluir información del centro/consultorio/departamento de Novant Health al que se le concedió permiso anteriormente **y también** de los siguientes establecimientos de Novant Health (*especifique*): _____

Fechas de tratamiento (*especifique fecha o rango de fechas*): _____

Información que se compartirá (*marque todo lo que corresponda*):

<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>): _____
<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informe de radiología	
<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Registros de medicamentos	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología	
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Notas de enfermería	<input type="checkbox"/> Informe de cirugía	
<input type="checkbox"/> Examen físico y de antecedentes	<input type="checkbox"/> Transcripción del médico	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas	

Aviso importante: Esta es una autorización total e incluye información psiquiátrica, de drogas, alcohol y enfermedades de transmisión sexual, excepto lo especificado aquí:

Motivo para revelar la información médica:

Solicitud mía (del paciente) Tratamiento Discapacidad Otro (*describa*): _____
 Compensación de los trabajadores Seguro médico Legal

Cómo comunicar la información médica: En persona Recogerla Por fax Por correo postal Por correo electrónico (*cifrado/seguro*)

- | | |
|---|--|
| 1. Por ley, Novant Health ("Novant") no puede usar ni compartir mi información médica sin mi permiso, excepto según lo establecido en la Notificación de prácticas de privacidad de Novant.
2. Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo cancelarlo por escrito y dirigirme a la persona u organización que se cita más arriba. No puedo cancelar la información ya revelada como resultado de este permiso.
3. No tengo que firmar este formulario. Mi negación a firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, el pago de tratamientos o beneficios. | 4. Una vez revelada la información, es posible que deje de estar protegida por la ley. Cualquier persona podrá compartir mi información con otras personas sin mi permiso.
5. He leído, comprendido y recibido una copia de este formulario, previa solicitud.
6. Esto no se usará con fines de mercadotecnia o investigación. |
|---|--|

Aviso: Se podrá cobrar un cargo por las copias solicitadas de la historia clínica.

Mi permiso finaliza 90 días después de la fecha en que firmo, a menos que se especifique otra fecha o evento aquí: _____

Firma del paciente o representante del paciente	Fecha	Firma del testigo	Fecha
Autoridad legal para firmar por el paciente: <input type="checkbox"/> Agente de atención médica <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Pariente más cercano <input type="checkbox"/> Administrador/albacea			

Si firma este permiso en calidad de tutor, agente de atención médica, apoderado o administrador/albacea del patrimonio del paciente, deberá proporcionar la documentación pertinente a su autoridad legal antes de que se puedan divulgar los registros.

El paciente es/está: Menor de edad Discapacitado Fallecido Incapaz Incapacitado

Si el paciente no habla inglés de forma fluida o tiene dificultades auditivas, se debe ofrecer un intérprete sin costo adicional.

Intérprete aceptado _____
 Intérprete rechazado _____

(Nombre/número de la persona/los servicios seleccionados/utilizados)



Authorization to Disclose PHI

