FORM
M3132SP
REV.
3/04

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA EN DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER*

Si envía este formulario por correo, la dirección es:
Duke University Hospital
Health Information Management Department
Attn: Medical Information Release Unit
P.O. Box 3016 Durham, N.C. 27710

Nombre del paciente: _____

Núm. de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Núm. de Seguro Social: _____

Yo autorizo y solicito a Duke University*, Duke University Hospital* (un componente de Duke University Health System), y al centro clínico Private Diagnostic Clinic, PLLC* para que pueda revelar la información siguiente de los expedientes médicos protegidos del paciente cuyo nombre aparece arriba a:

_____

(Persona / Médico / Entidad QUE RECIBIRÁ la información, favor de especificar)

☐ y ser enviada por correo a: _____

(Dirección)

_____

☐ Por medio de acceso electrónico a los datos médicos y reclamaciones

☐ Por medio de información oral con los proveedores de cuidados de la salud, con respecto a tratamiento, atención o pago.

La información específica para las siguientes fechas de atención: _____

INFORMACIÓN A REVELAR (marcar las casillas apropiadas e incluir información adicional donde corresponda):

☐ Resumen de la información de salud
(Incluye un resumen del alta, historial y exámenes físicos, datos de radiología, patología y laboratorio y notas dictadas)

☐ Historial y exámenes físicos (es decir, consultas médicas)
☐ Resumen de alta
☐ Informe quirúrgico
☐ Registro de vacunas
☐ Informe completo
☐ Informes de laboratorio
☐ Informes de radiología
☐ Informes del departamento de emergencia
☐ Notas sobre terapia física / ocupacional
☐ Instrucciones de alta del paciente

☐ Información adicional:_____

☐ Información que se encuentra en el expediente médico del paciente, relacionada con el diagnóstico psiquiátrico y/o psicológico, estado, síntomas, pronóstico y tratamiento hasta la fecha.

☐ Información que se encuentra en el expediente médico del paciente, relacionada con el tratamiento del abuso de alcohol y/o de drogas.

LA INFORMACIÓN A SER REVELADA SE UTILIZARÁ CON EL PROPÓSITO SIGUIENTE:

☐ Compartir con otros proveedores de servicios de salud según sea necesario
☐ Motivos legales
☐ Trámites del seguro
☐ Uso personal

☐ Otro: _____

Esta autorización cubrirá las acciones destinadas a o provenientes de Duke University, Duke University Health System, y del centro clínico Private Diagnostic Clinic, PLLC, y para todos sus respectivos empleados, fuerza laboral y socios de la empresa. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, siempre y cuando la revocación sea un documento escrito ejecutado en forma apropiada y enviado a Health Information Management Department (ver la dirección arriba). Tal revocación no debe afectar las revelaciones hechas en forma previa a la revocación en la medida que esta autorización se base en tales revelaciones hechas antes de la revocación. Entiendo que una vez revelada la información, ésta puede ser revelada nuevamente por la persona que la recibe, y que las leyes de privacidad federales y/o estatales podrían no proteger esta repetida revelación. Entiendo que la autorización para la divulgación de la información antes mencionada se da en forma voluntaria y que esta autorización no pretende alterar la capacidad del paciente para recibir atención médica de cualquier proveedor de servicios de salud.

Esta autorización caducará en la fecha o con el evento siguiente: _____

Si no estipulo una fecha o un evento de caducidad, esta autorización caducará un año después de la fecha en que fue firmada.

Fecha	Firma del paciente** o representante legal**	Firma del testigo

**** Si el paciente es menor de 18 años, a menos que el paciente sea un menor emancipado, esta autorización (y cualquier revocación) deberá ser firmada por uno de los padres, el tutor u otra persona en loco parentis (en lugar de los padres) que tenga la autoridad para representar al paciente menor.** Al firmar este documento para otra persona, usted, como uno de los padres, tutor o persona en loco parentis, o representante legal, garantiza que Ud. cuenta con la autoridad legal para actuar en nombre del paciente y que a Ud. no se le ha prohibido por orden judicial el acceso a los expedientes médicos solicitados.

* Varias de las oficinas y clínicas pertenecientes a Duke University, el Duke University Health System, y, Private Diagnostic Clinic, PLLC mantienen expedientes médicos separados (es decir, salud estudiantes, atención primaria , centros clínicos comunitarios de PDC, etc.) que no están enlazados electrónicamente y, por lo tanto, no están cubiertos por esta autorización. En tal caso, por favor comuníquese con esas oficinas / centros clínicos para obtener expedientes médicos adicionales.

Translation Completed by Duke University Hospital International Patient Center via Global Translation Systems, Inc 03/15/04