

**AUTORIZACIÓN DE NOTARIZACIÓN Y
DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS**

Durham Regional Hospital
Health Information Management Department
Attn: Release of Information
3643 N. Roxboro Street
Durham, NC 27704

Nombre del paciente: _____

Numero de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de seguro social: _____

Autorizo y solicito al Durham Regional Hospital que divulgue información sobre mi expediente médico a:

(Persona / médico / entidad que va RECIBIR el historial - especifique el nombre)

se deberá enviar a (dirección): _____

Información específica para las siguientes fechas de servicio: _____

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA (marque las casillas que correspondan e incluya otros datos cuando se soliciten):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen general de la salud (todos los informes dictados) | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Historial y revisión médica | <input type="checkbox"/> Informes del departamento de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Notas de terapia física / ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | <input type="checkbox"/> Instrucciones al alta para el paciente |
| <input type="checkbox"/> Expediente completo | <input type="checkbox"/> Radiografía(s) |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Historia Clínica Electronica |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Yo entiendo que la información en mi historia clínica puede tener información relacionada a tratamiento de drogas o abuso de alcohol, deterioros psicológicos o psiquiátricos, enfermedades transmisibles sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SISA). Complejo relacionado a el SIDA o a el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

LA INFORMACIÓN DIVULGADA SE UTILIZARÁ CON LOS FINES SIGUIENTES (marque la casilla que corresponda):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Para compartirla con otros profesionales médicos como sea necesario | <input type="checkbox"/> Para tramitar el seguro |
| <input type="checkbox"/> Por motivos legales | <input type="checkbox"/> Para uso personal |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ | |

Esta autorización cubrirá las acciones del Durham Regional Hospital y todos sus empleados, plantilla y asociados comerciales, y las acciones iniciadas en su nombre. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento, siempre que tal revocación sea ejecutada debidamente en un documento escrito y presentada ante el Departamento de Administración de Información sobre la Salud (Health Information Management Department), cuya dirección aparece anteriormente. Tal revocación no afectará a la información divulgada antes de la misma, en la medida en que esta Autoización sirviera de base a las divulgaciones ocurridas antes de la revocación. Entiendo que una vez que la información haya sido divulgada, la persona que la reciba podrá divulgarla a su vez y que puede que las leyes federales y estatales sobre intimidad no me protejan contra esta divulgación subsiguiente. Entiendo que la autorización a divulgar información que se explica anteriormente es voluntaria y que esta Autorización no altera la capacidad del paciente de recibir atención médica de cualquier profesional de la salud que desee.

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o en el caso siguiente:

Si no especifico una fecha o situación, la autorización venc una vez transcurrido un año desde 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 no ser que sea un menor emancipado, su padre o madre, tutor u otra persona que actúe in loco parentis (en el lugar de los padres) con autoridad para actuar en su nombre deber firmar esta Autorización y las revocaciones correspondientes si existieran. Con su firma en este documento en nombre de otra persona, usted como padre, tutor, persona actuando in loco parentis o representante legal certifica que tiene la autoridad de actuar en nombre del paciente y que no existe ninguna orden de corte que le prohíba el acceso a los expedientes médicos solicitados.**

Algunas instalaciones del sistema de salud de Duke University mantienen expedientes médicos independientes que no están vinculados electrónicamente y por lo tanto no están cubiertos por esta Autorización. Si este fuera el caso, diríjase a los departamentos en cuestión para solicitar el resto de los expedientes médicos.