


DukeHealth
**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

 Coloque la etiqueta del paciente aquí
(Solo para uso interno)

Si se trata de comunicación oral, complete la Autorización para la divulgación verbal de información

PARTE A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente (requerido):	Nombre preferido:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	N.º del SS (últimos 4 dígitos):	
Correo electrónico:	Teléfono:	N.º de registro médico:
PARTE B: PERSONA O EMPRESA QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN		
<input type="checkbox"/> Yo (la misma información de arriba) <input type="checkbox"/> Persona o entidad: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Dirección: _____ Fax: _____		
PARTE C: INFORMACIÓN A DIVULGAR (marque todo lo que corresponda)		
Fecha(s) de tratamiento: Se proporcionarán los últimos 2 años de tratamiento activo, a menos que se especifique lo contrario. <input type="checkbox"/> De _____ a _____ (sea específico) <input type="checkbox"/> Todas las fechas de tratamiento		
Registros o información: Si se envía a un proveedor, se enviará un Abstracto/Resumen de registros, a menos que se marque lo contrario a continuación.		
<input type="checkbox"/> Abstracto/Resumen (resumen del alta, historial médico y examen físico, consultas, notas de operaciones/procedimientos, laboratorio, patología, informes de radiología, fisioterapia/terapia ocupacional, departamento de emergencias, visitas clínicas) O Seleccione informes individuales específicos para incluir: <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informe de consulta <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Registro del departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Historial médico y examen físico <input type="checkbox"/> Informe de operaciones/procedimientos <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Registro de fisioterapia/ocupacional <input type="checkbox"/> Visita clínica <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Registro de vacunación		<input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (solo CD) <input type="checkbox"/> Registros de facturación
Lugar del tratamiento: <input type="checkbox"/> Todas las entidades de Duke Health Enterprise <input type="checkbox"/> Duke University Hospital <input type="checkbox"/> Duke Raleigh Hospital un campus de Duke University Hospital <input type="checkbox"/> Duke Regional Hospital <input type="checkbox"/> Duke Clinic (especifique el lugar) _____		
PARTE D: PROPÓSITO DE LA SOLICITUD		
<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
PARTE E: FORMATO Y ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (Seleccione una opción)		
Entrega electrónica * Las limitaciones de tamaño de archivos pueden afectar la entrega electrónica * <input type="checkbox"/> My Duke Health (solo para pacientes) <input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado <input type="checkbox"/> Portal (abogado/seguero) <input type="checkbox"/> Fax		Entrega por correo <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papel
PARTE F: REVISIÓN Y APROBACIÓN		
Entiendo que la información que se divulgará puede incluir referencias a información confidencial relacionada con salud mental y conductual, pruebas genéticas, VIH/SIDA u otras enfermedades transmisibles. Apruebo específicamente la divulgación de la siguiente información que se ha marcado como confidencial y/o restringida (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Salud mental y conductual <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en respuesta a la autorización. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Si no firmo esta autorización, Duke Health continuará brindando tratamiento y solicitará el pago por los servicios brindados. Duke Health puede cobrar una tarifa por proporcionar la información especificada anteriormente.		
Esta autorización expirará automáticamente un año a partir de la fecha de la firma a continuación, a menos que se revoque o se escriba aquí otra fecha o evento:		
Firma del paciente/representante del paciente	Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación (si no firma el paciente)	Número de teléfono (si es diferente al anterior)	
PARTE G: TESTIGO (Opcional: consulte las instrucciones para obtener más detalles)		
Testigo	Tipo de identificación del paciente o representante personal presentado	
Si usted no es el paciente o el padre de un paciente menor de edad, DEBE adjuntar la documentación que justifique su autoridad para actuar en nombre del paciente (poder notarial, orden judicial, documentación de tutor legal, documentación de albacea/administrador)		