

Si enviará este formulario por correo, hágalo a:
Duke Raleigh Hospital, c/o Health Information Management
3400 Wake Forest Road, Raleigh, N.C. 27609
Fax: (919) 954-3716, Teléfono: (919) 954-3150

Autorizo y solicito a Duke Raleigh Hospital (un componente de University Health System) O

_____ a divulgar información de las historias clínicas del paciente indicado anteriormente a:
(Nombre de la persona / Organización médica)

(Persona, médico o entidad QUE RECIBIRÁ las historias clínicas, sea específico)

que se envíen por correo a: _____
(Dirección)

La información específica de las siguientes fechas en que se proporcionó el servicio: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ (marque las casillas adecuadas e incluya otra información donde se indique):

- Información de salud resumida (como el resumen del alta, antecedentes y exámenes médicos, radiología, patología, laboratorio y notas dictadas)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes médicos (por ejemplo, consulta médica) | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Urgencias _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de cirugía | <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia o terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Registros de vacunas | <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia o terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Plan de alta del paciente |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Información presente en la historia clínica del paciente que se relaciona con el diagnóstico psiquiátrico o psicológico, el estado, los síntomas, el pronóstico y el tratamiento hasta la fecha.

Información presente en la historia clínica del paciente relacionada con el tratamiento para el abuso de drogas y alcohol.

LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ SE UTILIZARÁ PARA EL SIGUIENTE PROPÓSITO:

- Compartir con otros proveedores de servicios de salud, según sea necesario.
 Procesamiento del seguro
 Razones legales
 Uso personal
 Otros: _____

Esta autorización cubrirá actos realizados por y para Duke University, Duke University Health System y Private Diagnostic Clinic, PLLC (PDC) y todos sus empleados, planta laboral y socios comerciales respectivos. Esta autorización se puede revocar en cualquier momento, siempre y cuando la revocación sea un documento por escrito firmado y sellado correctamente y que se entregue en el Departamento de Administración de Información de Salud (vea la dirección anterior). Tal revocación no afectará las divulgaciones anteriores a la misma en la medida que esta autorización se basara en tales divulgaciones realizadas antes de la revocación. Comprendo que una vez que se divulga la información, el receptor puede volver a divulgarla y es posible que las leyes estatales y federales de privacidad no protejan la nueva divulgación. Comprendo la revocación. Comprendo que una vez que se divulga la información, el receptor puede volver a divulgarla y es posible que las leyes estatales y federales de privacidad no protejan la nueva divulgación. Comprendo que la autorización para divulgar información es voluntaria y que esta autorización no tiene el fin de modificar la capacidad del paciente para recibir atención médica de cualquier proveedor de servicios de salud.

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o ante el siguiente evento: _____

Si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización expirará una vez transcurrido un año desde la fecha de su firma.

Fecha

Firma del paciente o del 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) debe ser firmada por un padre, tutor u otra persona que actúe en representación de los padres que tenga la autoridad para actuar en nombre del paciente menor de edad. Al firmar este formulario por otra persona, usted como padre, tutor, una parte que actúa como representante de los padres o representante legal garantiza que tiene la autoridad legal para actuar en nombre del paciente y que no está imposibilitado por una orden judicial para tener acceso a las historias clínicas que se solicitan.**

*Varios componentes y lugares de Duke University, Duke University Health System y Private Diagnostic Clinic, PLLC conservan historias clínicas separadas (por ejemplo, salud estudiantil, atención primaria, consultorios familiares de PDC, etc.) que no están vinculadas electrónicamente y por lo tanto no están cubiertas por esta autorización. Si corresponde, comuníquese con aquellos componentes o lugares para obtener historias clínicas adicionales.



Duke Raleigh Hospital

DUKE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
HISTORIAS CLÍNICAS**



M60aa0001S

M60aa0001S
(Rev. 3/11)

Identificación del paciente