



**Duke Medicine**

**SISTEMA DE SALUD DE DUKE  
AUTORIZACION PARA DIVULGAR  
INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Expediente Médico #: \_\_\_\_\_

Núm. Telefónico: \_\_\_\_\_

**Autorización de:**

- Duke University Hospital  
  Duke Raleigh Hospital  
  Duke Regional Hospital  
  Duke Eye Center  
  ALL DUHS Entities  
 Duke Primary Care Clinic  
  Specialty Clinic (PDC Clinic)  
 Other (describe): \_\_\_\_\_

**Autorización de información para:**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**¿Cómo se debe entregar la información?**

- Copia (papel)  
  Copia electrónica (i.e., CD)  
  MyChart  
 Por correo a la dirección mencionada  
  Recolectada por \_\_\_\_\_  
 Enviada por facsímil al médico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico/Institución de salud \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_ # Telefónico \_\_\_\_\_  
 Por comunicación verbal con los médicos referente al tratamiento, atención o pago.

**Intención:**

- Proseguir con la atención  
  Seguro  
  Legal  
  Personal  
  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Fecha(s) de tratamiento:**

- Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ (Especificar)  
 O  
  TODAS las fechas de tratamiento

**Información a revelar:**

- Deseo revisar personalmente la información de salud protegida, de las fechas antes mencionadas, en la Oficina de Expedientes Médicos  
 Deseo obtener copias de reportes específicos de las fechas mencionadas anteriormente (marque el/los reportes a continuación)

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> EXPEDIENTE COMPLETO<br><input type="checkbox"/> Resumen de información (Resumen del alta, Reporte quirúrgico/procedimiento, Radiología, Patología, Laboratorio, EKG, Reporte de Emergencias, Citas clínicas, Consultas) | <input type="checkbox"/> Historial y Físico<br><input type="checkbox"/> Reportes de radiología<br><input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio<br><input type="checkbox"/> Reportes de patología<br><input type="checkbox"/> Reportes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Expediente de emergencias<br><input type="checkbox"/> Resumen del alta<br><input type="checkbox"/> Registro de vacunas<br><input type="checkbox"/> Reportes TF/TO | <input type="checkbox"/> Instrucciones del alta<br><input type="checkbox"/> Reporte clínico (Reporte de progreso ambulatorio)<br><input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |
|--|---|--|--|

- Información comprendida en el expediente médico del paciente relacionada al diagnóstico psiquiátrico y/o psicológico, estado, síntomas, pronosis y tratamiento a la fecha. (Posiblemente necesite autorización del médico.)  
 Información comprendida en el expediente médico del paciente relacionada a tratamiento del alcoholismo y/o drogadicción.

**Comprendo que:**

- **La información a ser revelada puede contener un diagnóstico o hacer referencia a las siguientes condiciones: anemia de células falciformes, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**
- Si no estipulo una fecha de caducidad, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que fue firmada.
- **Puedo revocar** en cualquier momento y por escrito esta autorización excepto hasta el punto que la acción ya haya tomado su curso para su cumplimiento. 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.
- La información revelada de conformidad con la autorización pudiera estar sujeta a ser revelada de nuevo por la persona que la recibe y probablemente no estar protegida por las leyes de privacidad HIPAA.

**Firma:** Para que esta autorización tenga validez es necesaria mi firma. Aun cuando esta autorización no se haya firmado, Duke University, Duke University Health System y Private Diagnostic Clinic, PLLC, proporcionarán tratamiento y procurarán el pago por los servicios brindados. De conformidad con los Estatutos Generales de Carolina del Norte, la oficina de Expedientes Médicos cobrará por las copias del expediente médico. **Esta autorización vence el** \_\_\_\_\_ .

Firma del paciente/tutor/representate personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Parentesco (padre, tutor, etc.) \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

**Enviar por correo a la entidad correspondiente o por fax al número pertinente:**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Duke University Hospital</b><br>H.I.M.<br>Box 3016<br>Durham NC 27710<br>Fax: 919-620-5165 | <b>Duke Raleigh Hospital</b><br>H.I.M.<br>3325 Executive Dr., Ste 150<br>Raleigh NC 27609<br>Fax: 855-579-7980 | <b>Duke Regional Hospital</b><br>H.I.M.<br>3643 N Roxboro Rd.<br>Durham NC 27704<br>Fax: 855-644-0128 | <b>Duke Eye Center</b><br>H.I.M.<br>PO Box 101005<br>Durham NC 27710<br>Fax#919-681-1013 |
|---|--|---|--|

