



**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:	Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección:		
Fecha de nacimiento:	N.º del SS (últimos 4 dígitos):	N.º de registro médico:

**PARTE B: PERSONA O EMPRESA QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN**

Yo (la misma información de arriba)

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.

De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (sea específico)  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"/> <b>Abstracto/Resumen</b> (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)	<input type="checkbox"/> <b>Registro completo</b>
<b>O Seleccione informes individuales específicos para incluir:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Imágenes de radiología</b>
<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"/> <b>Registros de facturación</b>
<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	

**Lugar del tratamiento:**

<input type="checkbox"/> Todas las entidades de Duke Health Enterprise	<input type="checkbox"/> Duke University Hospital	<input type="checkbox"/> Duke Regional Hospital
	<input type="checkbox"/> Duke Raleigh Hospital	<input type="checkbox"/> Duke Clinic (especifique el lugar) _____

**PARTE D: PROPÓSITO DE LA SOLICITUD**

Personal  Legal  Seguro  Continuidad de la atención  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**PARTE E: FORMATO Y ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (Seleccione una opción)**

<b>Entrega electrónica</b>	<b>Entrega por correo</b>	<b>Recojo en persona</b>
<input type="checkbox"/> MyChart (solo para pacientes) <input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado	<input type="checkbox"/> CD	Nombre: _____
<input type="checkbox"/> Portal (abogado/seguro) <input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Papel	<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):

Salud mental y conductual  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
<b>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)</b>	