



**Un Paciente Por Formulario de Autorización**

**Podría haber un costo por copias de historiales**

**Carolinas HealthCare System - Authorization for Release of Health Information Form**

**Carolinas HealthCare System – Formulario de Autorización para Dar a Conocer Información de Salud**

Por medio del presente, autorizo el uso o la revelación de mi información de salud identificable como es descrito abajo. Entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es una compañía de seguro o un proveedor del cuidado de salud, la información una vez entregada podría ya no ser protegida por las normas federales de privacidad.

**PROPÓSITO DE LA ENTREGA:**  Comunicación en Curso  Copia del Historial  Revisión Legal o del Seguro  Solicitación de un Representante Autorizado  
 Otro \_\_\_\_\_

**ENTREGA POR PARTE DE:** La instalación/consultorio/individuo anotado abajo está autorizado a entregar la información de salud solicitada:  
**Nombre de la Instalación/Consultorio:** \_\_\_\_\_ **Nº Telefónico:** \_\_\_\_\_  
**Dirección de la Instalación/Consultorio:** \_\_\_\_\_ **Nº de Fax:** \_\_\_\_\_

**FECHAS DE SERVICIO, MARGEN DE TIEMPO O EVENTO(S):** La instalación/consultorio/individuo anotado arriba está autorizado a entregar la información de salud solicitada anotada abajo por lo siguiente: fecha(s) del servicio, margen de tiempo o evento(s):  
Desde:(Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Hasta:(Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_  
Esta autorización se vencerá cuando la información de salud solicitada (como anotado abajo), para la(s) fecha(s) solicitada(s), margen de tiempo o evento(s) (como anotado arriba), es entregada al destinatario nombrado en este documento y el propósito de esta entrega se haya cumplido.

**MARQUE LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA A SER ENTREGADA:**  
 Todos los Historiales y Detalles  Otros (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_  
*Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada a tratamiento de abuso de droga o alcohol, anemia de células falciformes, impedimento psicológico o psiquiátrico, enfermedad por transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA y/o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).*

**NOMBRE DEL PACIENTE CUYA INFORMACIÓN SERÁ ENTREGADA:**  
**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
Primer \_\_\_\_\_ Segundo/Apellido de Soltera \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
**Dirección del Paciente:** \_\_\_\_\_  
(Dirección de Calle/Casilla Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)  
**Nº de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Nº de Historial/Expediente Médico:** \_\_\_\_\_  
Por favor, provea los números telefónicos donde usted está autorizando a CHS a dejar la información del paciente descrita arriba:  
**Casa:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_  
Por favor provea el correo electrónico a donde usted autoriza a CHS a dejar información del paciente como está descrito arriba. Al proveer su correo electrónico, usted reconoce haber leído y acuerda con las "Pautas de correspondencia electrónica con el paciente" ("Guidelines for email with patients") exhibidas en [www.carolinashealthcare.org](http://www.carolinashealthcare.org). **Dirección de Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**ENTREGAR A:** Esta información puede ser entregada a y usada por los siguientes individuos/organizaciones. Se debe llenar una autorización aparte si la información entregada o el propósito difiere entre los individuos/organizaciones anotados abajo:

Nombre	Dirección	Nº Telefónico/Fax	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**DERECHOS Y FIRMA DEL PACIENTE:**

- Entiendo que tengo un derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Departamento de Registros Médicos ("Medical Record Department") de la organización mencionada arriba. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya ha sido entregada en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que autorizar la revelación de esta información de salud privada es voluntario y puedo rehusarme a firmar esta autorización.
- Entiendo que puedo solicitar inspeccionar u obtener una copia de la información a usar o revelar según el Anuncio del Manejo de Privacidad/Política de CHS.
- Entiendo que mi tratamiento no puede ser condicionado por firmar esta autorización, a no ser que estoy siendo tratado para que terceros puedan recibir mi información de salud, tal como un empleador para una evaluación de regreso al trabajo, una compañía de seguro para elegibilidad, o un proyecto de investigaciones en el cual estoy participando.

Si el paciente es menor de edad o es incapaz clínicamente de firmar, un representante autorizado puede firmar esta autorización.  
**NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA (Paciente/Representante Autorizado):** \_\_\_\_\_  
**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_  
Si es un Representante Autorizado, por favor, indique su relación con el paciente:  Cónyuge  Padre  Tutor  Testamentario  Apoderado

**FIRMA DEL MENOR DE EDAD:** Por favor, tome nota, si el menor de edad accede (ningún representante autorizado está presente para consentir) por su propio tratamiento por un embarazo, enfermedad venérea o un trastorno emocional, el menor debe firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor siendo tratado por abuso de una sustancia, el menor debe firmar esta autorización a pesar de quien haya consentido por el tratamiento.  
**NOMBRE DEL MENOR:** \_\_\_\_\_ **FIRMA DEL MENOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**COMPENSACIÓN FINANCIERA:** Si el solicitante de la información es un proveedor del cuidado de salud, ¿recibirá él alguna compensación financiera a cambio del uso o revelación de la información descrita arriba?  Sí  No  No se Aplica

**SOLO PARA EL USO DE CHS - FOR CAROLINAS HEALTHCARE SYSTEM USE ONLY: CHS EMPLOYEES PLEASE COMPLETE**

Identification verified  Copy of Authorization given to patient / Date of release: \_\_\_\_\_ via  Mail  Fax  Other \_\_\_\_\_  
 Accepted - Released information as described above  Partially Accepted - Describe patient information not released: \_\_\_\_\_

CHS Employee Name & Title: \_\_\_\_\_ CHS Employee Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_