



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Select one:  REGISTROS MEDICOS    REGISTROS DENTALES    REGISTROS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de telefono primario: \_\_\_\_\_

Relationship:  Yo    Tutora    DSS    Poder legal    Otra: \_\_\_\_\_

Marque si desea liberar registros al nombre especificado a continuacion.    Marque si desea recibir registros con el nombre especificado a continuacion.

### De donde van o vienen los registros

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_ Numero de fax \_\_\_\_\_

**Informacion a divulgar (Por favor marque la casilla)**

Conjunto de registros medicos (notas de visita al consultorio, laboratorio, radiologia, radiology report, lista de medicamentos, alergias, inmunizaciones)

Inmunizaciones    Notas del proveedor    laboratorio    radiologia

Notas de progreso dental    Radiografias dentales    Otra: \_\_\_\_\_

**Divulgacion especial (La siguiente informacion requiere un consentimiento especial por ley)**

Autorizo especificamente la divulgación de la siguiente información:  
(Inicial cada elemento que autorice a liberar/recibir)

(Inicial aquí) \_\_\_\_\_ CCA/Evaluación psicosocial (Inicial aquí) \_\_\_\_\_ Plan de Tratamiento

(Inicial aquí) \_\_\_\_\_ Evaluación psicológica   (Inicial aquí) \_\_\_\_\_ Medication Lista

(Inicial aquí) \_\_\_\_\_ Notas de psiquiatría   (Inicial aquí) \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

**Fecha de caducidad**

La autoización dura un año después de la fecha en que la firma, a menos que ingrese una dirección different \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Purpose**

Coordinacion de cuidados    Legal\*    Invalidez/Seguro    Otra: \_\_\_\_\_

Uso personal\*: \*Se pueden cobrar tarifas de acuerdo con la regla federal 45 CFR 164.524

**Your Rights**

- El formulario de autorización es voluntario y usted puede negarse a firmarlo. También puede tachar cualquier palabra en este formulario con la que no esté de acuerdo.
- MedNorth no restringirá su tratamiento si decide no firmar esta autorización.
- Una fotocopia/fax de esta autorización se tratará de la misma manera que un original.
- Los registros de MedNorth pueden incluir registros que recibió de otras organizaciones. Si estos registros han sido utilizados por MedNorth y presentados en el registro que MedNorth mantiene sobre usted, estos registros pueden ser liberados con sus registros de MedNorth.
- MedNorth no puede impedir la revelación de su información por parte de la persona u organización que recibe sus registros bajo esta autorización y esa información puede no estar cubierta por protecciones de privacidad estatales y federales después de que se publique firmando esta autorización, usted libera a MedNorth de cualquier responsabilidad resultante de una nueva divulgación del destinatario.
- Los registros cubiertos por la Regla Federal 42 CFR parte 2 y la Ley HIPAA de 1996, 45 CFR 160 y 164 y la ley estatal de confidencialidad que rige los servicios de abuso de sustancias (GS 112C) no pueden ser divulgados o rediscadores sin su consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Puede revocar su autorización completando la sección a continuación en cualquier momento.
- La información sobre el abuso de sustancias puede ser compartida sin consentimiento en la medida necesaria para hacer frente a una emergencia médica de buena fe.
- La divulgación de información sobre abuso de sustancias sin consentimiento se limita a cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

**HE LEIDO Y ENTIENDO LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA ANTERIORMENTE**

Firma del Guardián del Paciente/Paciente \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

MedNorth – Gestión de la información sanitaria  
925 North<sup>4th</sup> Street Wilmington, NC 28401

Teléfono: 910-343-0270 Fax: 910-251-1540 Fax dental: 910-202-8665



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Nota: Si el paciente es menor de edad, carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario. Tenga en cuenta la relación/autoridad si la firma no es la del paciente:  Agente de atención médica/POA  Padre/Guardián  Ejecutor/Administrador  Servicios sociales

Note: Si el menor consiente su tratamiento ambulatorio para el embarazo, la enfermedad de transmisión sexual o la salud conductual/mental sin el consentimiento de los padres, el menor debe firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor de edad que recibe tratamiento para el abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Menor Nombre impreso Fecha

### SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Por la presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud de  
(Nombre del cliente) \_\_\_\_\_ firmado por (Ingrese el nombre de la persona que firmó la  
autorización) \_\_\_\_\_ on (Ingrese la fecha de la firma) \_\_\_\_\_ ser rescindido,  
eficaz \_\_\_\_\_. Entiendo que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha rescindida es legal y  
vinculante.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MedNorth – Gestión de la información sanitaria  
925 North<sup>4th</sup> Street Wilmington, NC 28401

Teléfono: 910-343-0270 Fax: 910-251-1540 Fax dental: 910-202-8665