

**DukeHealth****AUTORIZACION PARA DIVULGAR  
INFORMACION**

Place Patient Label Here

**SECCION A: INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ #de SS (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_ # de expediente médico: \_\_\_\_\_

**SECCION B: PERSONA O COMPAÑIA QUE RECIBIRA LA INFORMACION** Paciente (persona arriba mencionada) Persona o entidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**SECCION C: INFORMACION A REVELAR (indique todo lo que aplique)****Documentación o información:**

<input type="checkbox"/> Reportes (Resumen del alta, Reporte quirúrgico/procedimiento, Radiología, Patología, Laboratorio, ECG, Reporte de Emergencias, Citas)	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Historial y físico <input type="checkbox"/> Reporte de consultas <input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes de patología	<input type="checkbox"/> Reporte de radiología <input type="checkbox"/> Terapia física/ocupacional <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Citas (especifique clínica/médico)  <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Facturas
---	--	---	---	--

**Ubicación:**

<input type="checkbox"/> Todas las entidades de Duke Health	<input type="checkbox"/> Duke University Hospital <input type="checkbox"/> Duke Raleigh Hospital	<input type="checkbox"/> Duke Regional Hospital <input type="checkbox"/> Clínicas (especifique medico/lugar _____)
---	---	---

**Fechas de tratamiento:** Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ (especifique fecha exacta)  Todas las fechas de tratamiento**SECCION D: PROPOSITO DE LA SOLICITUD** Personal  Legal  Seguro médico  Continuidad de atención médica  Otro (especifique) \_\_\_\_\_**SECCION E: FORMATO Y METODO DE ENTREGA****Formato (seleccione solamente uno)** MyChart  Correo electrónico encriptado  Copia (papel)  
 Disco compacto (CD)  Memoria USB  Fax**Otro** Comunicación verbal**Método de entrega (seleccione solamente uno)** Electronico (MyChart, correo electrónico encriptado)  
 Correo  
 Recoger en persona (Nombre: \_\_\_\_\_)**SECCION F: REVISION Y APROBACION**

Comprendo que la información a ser liberada puede incluir datos confidenciales relacionados a diagnóstico psiquiátrico y/o psicológico, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades contagiosas y de abuso de drogas o alcohol. Específicamente apruebo la divulgación de la información que ha sido indicada como confidencial y/o restringida (indique todo lo que aplique):

 Salud mental y de comportamiento  Trastorno de abuso de sustancias  Pruebas genéticas

Comprendo que puedo revocar en cualquier momento y por escrito esta autorización excepto hasta el punto que la acción haya tomado su curso para su cumplimiento. 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 federales de privacidad. Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización. Si no firmo esta autorización, Duke Health continuará proporcionando atención médica y cobrará por servicios prestados. Duke Health puede cobrar por proporcionar la información antes mencionada.

**Esta autorización vence automáticamente al año de haber sido firmada a menos que sea revocada o por otra fecha o anotación por escrito a continuación:** \_\_\_\_\_

Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma del testigo	ID#	Fecha

**SECCION G: REPRESENTANTE (complete si el representante personal o autorizado firma)**

Nombre completo del representante

Parentesco con el paciente

**Si usted no es el paciente o el padre del paciente menor de edad, DEBE adjuntar la documentación que avale su autoridad para representar al paciente (Poder legal, orden judicial, documentación de tutor legal, documentación de albacea/administrador)**