



New Hanover Regional
Medical Center

Fax: (910) 343 - 7186
Fax: (910) 342 - 3525

New Hanover Regional Medical Center
REGISTROS MEDICOS/SALUD GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Post Office Box 9000, 2131 South 17th Street
Wilmington, NC 28402 - 9000
Telephone: (910) 343 - 7090

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA * Campos Obligatorios
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION)

Sección A:* Debe completarse para todas las autorizaciones.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____
1er. Nombre 2do. Nombre Apellido de Soltero (a) 1er. Apellido

Número de Cuenta: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: XXX-XX-_____

Teléfono No. _____ Historia Clínica No. _____

INFORMACION ESPECIFICA NECESARIA: **vea la información dada al respaldo de la hoja

<input type="checkbox"/> Compendio**	<input type="checkbox"/> Historia Clínica y Exámen Físico	<input type="checkbox"/> Reporte de Patología	<input type="checkbox"/> Consultas
<input type="checkbox"/> Resumen de Hospitalización	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA (____ Iniciales*)	<input type="checkbox"/> Registros Prenatales	<input type="checkbox"/> Notas de las Clínicas
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Reporte de Radiología	
<input type="checkbox"/> Registros del Departamento de Urgencias.	<input type="checkbox"/> Reporte Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Registros Psiquiátricos (____ Iniciales*)	
<input type="checkbox"/> Fotografías, videos, imágenes digitales otros.	<input type="checkbox"/> Información acerca del tratamiento para el abuso de sustancias (____ Iniciales*)		
<input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique) _____			

OBJETIVO:* La divulgación de ésta información médica es necesaria para.....

<input type="checkbox"/> La Continuidad del Cuidado Médico	<input type="checkbox"/> El Procesamiento del Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Procedimientos Legales
<input type="checkbox"/> Uso Personal	<input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique) _____	

AUTORIZACION:* Yo autorizo y solicito a _____ el divulgar información médica a _____ concerniendo mi tratamiento durante el periodo desde _____ hasta el _____.

Sección B: Debe completarse solamente si un plan de salud o-un proveedor de salud ha solicitado esta autorización.
¿Recibirá el plan de salud o el proveedor de salud quién solicita ésta autorización compensación financiera o de otro tipo a cambio de utilizar o divulgar la información de salud descrita arriba? Si _____ No _____

Sección C:* Debe completarse para todas las autorizaciones.
Yo comprendo que mi cuidado médico y el pago por mi cuidado médico no será afectado si yo no firmo ésta forma. **Iniciales*** _____
Yo comprendo que yo puedo ver y obtener una copia de la información descrita en ésta forma si la solicito, y que a mi se me dará una copia de ésta autorización después de firmarla. **Iniciales*** _____

Sección D:* Debe completarse para todas las autorizaciones.
Yo, por este medio, autorizo el uso o la divulgación de la información acerca de mi condición de salud como está descrita arriba. Yo comprendo que yo puedo rehusarme a firmar ésta autorización y que ésta autorización es voluntaria. Yo comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de planes de salud, la información entregada puede dejar de ser protegida por los reglamentos federales de privacidad.
Yo comprendo que yo puedo revocar ésta autorización en cualquier momento notificando el Departamento de Registros Médicos por escrito, y que éste automáticamente **expirará el** ____/____/____* **(Mes/Día/Año)** o 1 año desde la fecha que ha sido firmada abajo, cualquiera de las dos sea primero.
Por medio de esto, se libera al remitente de toda responsabilidad legal de la divulgación de información descrita arriba, de los registros. Yo también comprendo que si yo revoco mi autorización, ésto no tendrá efecto alguno sobre las acciones que NHRMC llevo a cabo antes de recibir la revocación.
Yo comprendo que los registros médicos, los reportes de laboratorio, los reportes de radiología, y la información de facturas pueden ser enviadas electrónicamente o por medio de fax a otra institución médica o consultorio médico involucrado en el cuidado del paciente o responsable por alguna parte de los cargos al paciente.

Nombre en letra imprenta:* _____
(Paciente o Representante Autorizado)

Fecha:* _____ **Firma:*** _____
(Paciente o Representante Autorizado)*

Testigo:* _____
(Relación con el Paciente si la firma no es la suya)*

Forma de Identificación: * Licencia de Conducir Identificación dada por el Estado Identificación Militar Otro _____

FAVOR ENVIAR ESTA INFORMACION A LA ATENCION DE:	INFORMACION DEL REMITENTE (SÓLO EL PERSONAL NHRMC)
	Envíese por Fax a: _____
	Número: _____
	Dirección: _____
	Por quién: _____
	Fecha de Envío: _____

**USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION
ESTA FORMA HACE PARTE DEL REGISTRO MEDICO PERMANENTE**



0153

DEFINICIONES CON RESPECTO A LA DIVULGACION DE INFORMACION

Un compendio incluye un resumen de reportes impresos tal como aparecen a continuación. Este listado no los incluye a todos.

Resumen de Hospitalización

Exámenes Especiales (Ej: Ecocardiograma)

Historia Clínica y Exámen Físico

Electrocardiograma

Consultas

Registros del Médico del Departamento de Urgencias

Reportes Quirúrgicos

Reportes de Patología

Reportes de Laboratorio

Reportes de Radiología

Representante Autorizado: Es un custodio, padre de familia, o representante del paciente para decisiones médicas. Ejemplo:
Documentos Legales que apoyan la divulgación de información médica a un representante autorizado son:

Poder de Abogado para Asuntos de Salud.

Poder de Abogado

Licencia De Matrimonio

Certificado de Defunción

Ejecutor de Documentos de Bienes



New Hanover Regional
Medical Center

Fax: (910) 343 - 7186
Fax: (910) 342 - 3525

New Hanover Regional Medical Center
REGISTROS MEDICOS/SALUD GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Post Office Box 9000, 2131 South 17th Street
Wilmington, NC 28402 - 9000
Telephone: (910) 343 - 7090

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA * Campos Obligatorios
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION)

Sección A:* Debe completarse para todas las autorizaciones.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____
1er. Nombre 2do. Nombre Apellido de Soltero (a) 1er. Apellido

Número de Cuenta: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: XXX-XX-_____

Teléfono No. _____ Historia Clínica No. _____

INFORMACION ESPECIFICA NECESARIA: **vea la información dada al respaldo de la hoja

<input type="checkbox"/> Compendio**	<input type="checkbox"/> Historia Clínica y Exámen Físico	<input type="checkbox"/> Reporte de Patología	<input type="checkbox"/> Consultas
<input type="checkbox"/> Resumen de Hospitalización	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA (____ Iniciales*)	<input type="checkbox"/> Registros Prenatales	<input type="checkbox"/> Notas de las Clínicas
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Reporte de Radiología	
<input type="checkbox"/> Registros del Departamento de Urgencias.	<input type="checkbox"/> Reporte Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Registros Psiquiátricos (____ Iniciales*)	
<input type="checkbox"/> Fotografías, videos, imágenes digitales otros.	<input type="checkbox"/> Información acerca del tratamiento para el abuso de sustancias (____ Iniciales*)		
<input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique) _____			

OBJETIVO:* La divulgación de ésta información médica es necesaria para.....

<input type="checkbox"/> La Continuidad del Cuidado Médico	<input type="checkbox"/> El Procesamiento del Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Procedimientos Legales
<input type="checkbox"/> Uso Personal	<input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique) _____	

AUTORIZACION:* Yo autorizo y solicito a _____ el divulgar información médica a _____ concerniendo mi tratamiento durante el periodo desde _____ hasta el _____.

Sección B: Debe completarse solamente si un plan de salud o-un proveedor de salud ha solicitado esta autorización.

¿Recibirá el plan de salud o el proveedor de salud quién solicita ésta autorización compensación financiera o de otro tipo a cambio de utilizar o divulgar la información de salud descrita arriba? Si _____ No _____

Sección C:* Debe completarse para todas las autorizaciones.

Yo comprendo que mi cuidado médico y el pago por mi cuidado médico no será afectado si yo no firmo ésta forma. **Iniciales*** _____
Yo comprendo que yo puedo rehusarme a firmar una copia de la información descrita en ésta forma si la solicito, y que a mi se me dará una copia de ésta autorización después de firmarla. **Iniciales*** _____

Sección D:* Debe completarse para todas las autorizaciones.

Yo, por este medio, autorizo el uso o la divulgación de la información acerca de mi condición de salud como está descrita arriba. Yo comprendo que yo puedo rehusarme a firmar ésta autorización y que ésta autorización es voluntaria. Yo comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de planes de salud, la información entregada puede dejar de ser protegida por los reglamentos federales de privacidad.
Yo comprendo que yo puedo revocar ésta autorización en cualquier momento notificando el Departamento de Registros Médicos por escrito, y que éste automáticamente **expirará el** ____/____/____* **(Mes/Día/Año)** o 1 año desde la fecha que ha sido firmada abajo, cualquiera de las dos sea primero.
Por medio de esto, se libera al remitente de toda responsabilidad legal de la divulgación de información descrita arriba, de los registros. Yo también comprendo que si yo revoco mi autorización, ésto no tendrá efecto alguno sobre las acciones que NHRMC llevo a cabo antes de recibir la revocación.
Yo comprendo que los registros médicos, los reportes de laboratorio, los reportes de radiología, y la información de facturas pueden ser enviadas electrónicamente o por medio de fax a otra institución médica o consultorio médico involucrado en el cuidado del paciente o responsable por alguna parte de los cargos al paciente.

Nombre en letra imprenta:* _____
(Paciente o Representante Autorizado)

Fecha:* _____ **Firma:*** _____
(Paciente o Representante Autorizado)*

Testigo:* _____
(Relación con el Paciente si la firma no es la suya)*

Forma de Identificación: * Licencia de Conducir Identificación dada por el Estado Identificación Militar Otro _____

FAVOR ENVIAR ESTA INFORMACION A LA ATENCION DE:	INFORMACION DEL REMITENTE (SÓLO EL PERSONAL NHRMC)
	Envíese por Fax a: _____
	Número: _____
	Dirección: _____
	Por quién: _____
	Fecha de Envío: _____

USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION
ESTA FORMA HACE PARTE DEL REGISTRO MEDICO PERMANENTE



0153

DEFINICIONES CON RESPECTO A LA DIVULGACION DE INFORMACION

Un compendio incluye un resumen de reportes impresos tal como aparecen a continuación. Este listado no los incluye a todos.

Resumen de Hospitalización	Exámenes Especiales (Ej: Ecocardiograma)
Historia Clínica y Exámen Físico	Electrocardiograma
Consultas	Registros del Médico del Departamento de Urgencias
Reportes Quirúrgicos	
Reportes de Patología	
Reportes de Laboratorio	
Reportes de Radiología	

Representante Autorizado: Es un custodio, padre de familia, o representante del paciente para decisiones médicas. Ejemplo:
Documentos Legales que apoyan la divulgación de información médica a un representante autorizado son:

Poder de Abogado para Asuntos de Salud.

Poder de Abogado

Licencia De Matrimonio

Certificado de Defunción

Ejecutor de Documentos de Bienes