

**AUTORIZO A WAKEMED A (Seleccione uno)  DAR O  OBTENER MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

Para el PROPÓSITO (Seleccione uno) de  Facturación/Seguros  Atención al paciente  Personal  Legal  Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE/DESTINATARIO (Imprimir)**

**Paciente**

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

**Información de contacto del destinatario**

Nombre de la persona, organización o centro al que desea que divulguemos su PHI u obtengamos su PHI

Ciudad

Estado

Código

Teléfono #

Fax # (Solo para proveedores de atención)

Dirección de correo electrónico

**PHI PARA SER DADO/OBTENIDO**

Fecha(s) de visita

Especifique la fecha, el intervalo de fechas u otra descripción específica de su visita

Registros solicitados  
(seleccione los que correspondan)

- Visita al consultorio
- Nota operativa
- Consultas
- Visita de atención de urgencia
- Inmunizaciones
- Otros (especifique): \_\_\_\_\_

- Ingreso hospitalario y/o visita a la sala de emergencias
- Resumen de admisión hospitalaria y/o visita a la sala de emergencias (\*Incluye todo, o seleccione por separado)
- \*Resumen de alta
- \*Historia y Física
- \*Informes de laboratorio
- \*Informes de Radiología

- Estudio de diagnóstico por imágenes (cuando solicite que sus estudios de diagnóstico por imágenes se envíen a un proveedor de atención médica, la imagen se compartirá electrónicamente. Si su proveedor no puede recibir a través de PowerShare, se le enviará un CD por correo).

Formato (Seleccione uno)

- Copia en papel o  Copia electrónica (incluye CD, MyChart, PDF por correo electrónico)

Método de entrega (Seleccione uno)

- Correo  Fax  Recoger  Revisión in situ (solo con cita previa)
- MyChart (para fechas de servicio a partir del 2/1/2015)
- Correo electrónico: Las comunicaciones por correo electrónico pueden no ser seguras. Existe la posibilidad de que la información incluida en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida. Por lo tanto, encriptamos su correo electrónico a menos que marque esta casilla para  correo electrónico descifrado.

Patient Label placed here

**WakeMed**  
**Authorization to Release**  
**Medical Information**



## COMPRESIÓN

---

Entiendo que la PHI divulgada puede incluir información/resultados sobre deterioro psicológico o psiquiátrico, agresión sexual, abuso de alcohol, abuso de drogas, una enfermedad transmisible como el VIH/SIDA, pruebas genéticas y/o salud reproductiva.

Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada de conformidad con esta autorización y antes de haber revocado mi autorización. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito al Departamento de Administración de Información Sanitaria.

Entiendo que el tratamiento no estará condicionado a que complete esta autorización.

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de un destinatario de dicha información y ya no estaría protegida bajo los términos de la regla federal de privacidad.

Entiendo que las solicitudes de "cualquiera y/o todos" los registros y otras solicitudes de gran volumen se envían al servicio de copia de WakeMed para su procesamiento. Entiendo que se cobrará una tarifa por estos registros.

## AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

---

Por la presente certifico y doy fe con mi firma en esta autorización que soy el paciente o el representante personal debidamente autorizado del paciente mencionado anteriormente con la autoridad para ingresar esta autorización en nombre de dicha persona. Entiendo que se puede solicitar una prueba de mi identidad y esta autoridad. He leído las disposiciones establecidas en esta autorización y acepto que WakeMed puede divulgar la información médica de dicha persona para los fines establecidos en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del representante

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Si usted es un representante personal, explique su relación/autoridad para actuar en nombre del paciente

## REVOCACIÓN

---

A menos que se haya revocado previamente, esta Autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: (fecha de lista, condición de evento) \_\_\_\_\_.

Si no especifico una fecha de vencimiento o evento o condición, esta Autorización permanecerá en vigor durante noventa (90) días a partir de la fecha en que la firme.

## PREGUNTAS

---

Visite nuestro página web en: <https://www.wakemed.org/patients-and-visitors/medical-recordsfaqs-for-medical-records>