

CHAPEL HILL CHILDREN'S CLINIC
301 Kildaire Rd., Ste. 200, Chapel Hill, NC 27516
TEL: (919) 967-0771 FAX: (919) 967-9207

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION)
Por el presente testamento yo autorizo el uso y la divulgación de la información de la salud de la dicha persona
como descrito abajo:

(I hereby authorize use or disclosure of the named individual's health information as described below)

NOMBRE DE EL/LA PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
(PATIENT NAME) (DATE OF BIRTH)
DIRECCIÓN: (calle, ciudad, estado, código postal)
(ADDRESS)

Yo autorizo a Chapel Hill Children's Clinic a **obtener** la Información Protegida de la Salud de:
(I authorize Chapel Hill Children's Clinic to Obtain Protected Health Information from)

Yo autorizo a Chapel Hill Children's Clinic a **divulgar** la Información Protegida de la Salud a:
(I authorize Chapel Hill Children's Clinic to disclose Protected Health Information to)

Nombre de su médico o oficina previo/a

Nombre de su médico o oficina previo/a

Dirección de la oficina

Dirección de la oficina

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Números de teléfono y fax (incluya el prefijo local)

Números de teléfono y fax (incluya el prefijo local)

Fechas de Tratamiento: _____
(Treatment Dates)

Razón del Pedido: _____
(Purpose of Request)

La información siguiente será divulgada: (por favor, escoja una caja para cada cosa)
(The following information is to be disclosed: (please check one box for each item))

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resumen de la Historia Médica
(Chart Summary) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Registro de Vacunas
(Immunization Records) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Notas Clínicas
(Physician Notes) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resultados de los Laboratorios
(Lab Results) |

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reportajes de Radiografías
(X-Ray Reports) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historia Médica Entera
(Complete Record) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: _____
(Other) |

INFORMACIÓN SENSITIVA: Yo entiendo que la información en mi historia o la historia de mi niño/a puede incluir información relacionada a las enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (el SIDA), o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (el VIH). También puede incluir los servicios de conducta y la salud mental o el tratamiento para el abuso de las drogas y el alcohol.
RE-DIVULGACIÓN: Yo entiendo que cualquier divulgación de información tiene la posibilidad para la re-divulgación y que entonces es posible que la información no será protegida por las reglas federales de la confidencialidad.

EL DERECHO DE REVOCAR: Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que mi revocación debe ser escrita. También entiendo que la revocación no va a aplicar a la información ya divulgada basada en esta autorización.

MÁS DERECHOS: (a) Yo entiendo que autorizar la divulgación de esta información de la salud es voluntario. Yo puedo rehusar a firmar esta autorización. No necesito firmar esta forma para asegurar el tratamiento. Sin embargo, si esta autorización es necesario para mi participación en un estudio científico, mi inscripción en este estudio puede ser negada. (b) Yo entiendo que puedo leer o recibir una copia de la información que será usada o divulgada.

EXPIRACIÓN: A menos que se revoca por otra manera, esta autorización expirará en la fecha, el evento, o la condición siguiente: (si no específico una fecha, un evento, o una condición de expiración, esta autorización expirará en doce meses.) Fecha de expiración: _____

Firma de el/la Paciente o el Representativo Legal:
(Signature of Patient or Legal Representative)

Fecha:
(Date)

Si Firmado por un Representativo Legal, Relación al Paciente: _____
(If Signed by Legal Representative, Relationship to Patient)