



2605 Blue Ridge Road, Suite 225
 Raleigh, NC 27607
 Tel. 984-222-8000 Fax: 984-222-8001

Autorización para DIVULGAR información de salud

Información del paciente:

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 N° del SS: _____
 Teléfono: _____

Autorizo a NeighborHealth Center a divulgar información a:

Persona / Institución: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

Información a divulgarse:

- Todos los antecedentes médicos
 Examen físico escolar
 Laboratorios/patología
 Facturación/cobros
 Vacunas/inyecciones
 Antecedente prenatal
 Radiografías / informes
 Otro: _____

Prohíbo que se divulgue la siguiente información sensible sobre mi salud. Comprendo que para cualquiera de las siguientes casillas que no estén marcadas, la información de salud que se divulgue a la institución antes indicada incluirá diagnósticos, evaluación y tratamiento relativo a:

- Pruebas y resultados de VIH/SIDA
 Alcoholismo y abuso de sustancias
 Salud conductual

Fechas aproximadas del servicio a divulgarse:

- Más recientes
 De _____ a _____
 Todas

Razón de la divulgación:

- A solicitud del individuo
 Continuación de la atención/tratamiento
 Otro: _____

Método de entrega:

- Correo electrónico Seguro: Dirección de email: _____
 Impreso vía fax
 Impreso vía correo postal

Entiendo que puedo revocar/retirar esta autorización en cualquier momento mediante una revocación por escrito a la atención de la persona encargada de administrar mi información de salud en este centro, excepto en las medidas ya tomadas al divulgar esta información. Tengo el derecho de revisar una copia sobre la información de salud a ser divulgada. Entiendo además que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo que la persona/institución antes indicada no rehusará tratamiento en función de si permito que se use o se divulgue a otros mi información de salud. Entiendo que las personas que reciban esta información a través de esta autorización podrán divulgarlos nuevamente, y ya no serán protegidos por las reglamentaciones de privacidad federales. Esta autorización permanecerá válida a menos que la revoque, y que caducará 90 días a partir de la fecha de mi firma o en virtud de la siguiente fecha, evento o acontecimiento:

 Firma del paciente

 Fecha

 Firma del Padre/Madre/Tutor o Representante Autorizado
 (Requerido si el paciente no está legalmente autorizado a firmar la autorización)

 Relación con el Paciente

 Firma del Testigo

 Relación con el Paciente

SÓLO PARA USO OFICIAL DE NeighborHealth Center	
Charge: _____	<input type="radio"/> None (Sending to Medical Provider) <input type="radio"/> .75 per pg.-max \$20 (all others)
Payment Received	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (requested to be billed)
PHI released by (staff name): _____	Date: _____ <input type="radio"/> Mail <input type="radio"/> Fax