



Autorización para usar o divulgar información médica protegida (PHI)
Authorization to Use or Disclose Protected Health Information (PHI)
 HIM# 710s

Nombre del paciente (en letra de molde) / Patient's Name		Fecha de Nacimiento / Date of Birth	
Dirección / Patient's Address	Ciudad / City	Estado / State	Código postal / Zip
Teléfono / Phone #		Núm. de expediente médico (si se conoce) / Medical Record #	

YO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés) DE:
I AUTHORIZE THE RELEASE OF MY PHI FROM:

Nombre del hospital, la clínica o la entidad de UNC Health Care o UNC Physicians Network que puede divulgar mi PHI
Name of UNC Health Care Hospital, Clinic, Entity or UNC Physicians Network Clinic that may release my PHI:

YO AUTORIZO QUE MI PHI SE DIVULGUE A / I AUTHORIZE THE RELEASE OF MY PHI TO:

Nombre de la persona, la organización o el centro médico / Name of Person, Organization, or Facility

Dirección (incluyendo ciudad, estado y código postal) / Street Address (including city, state, and zip code)

Número de teléfono / Phone Number	Número de fax / Fax Number
-----------------------------------	----------------------------

Información a divulgar - Si solo son fechas específicas, indique las fechas / Records To Be Released - If specific dates only, list dates:

<p>Marque todos los que correspondan</p> <p><input type="checkbox"/> Historia clínica (paciente ambulatorio) / Clinic Notes (outpatient)</p> <p><input type="checkbox"/> Historia clínica de la sala de emergencias / ED Notes</p> <p><input type="checkbox"/> Historia clínica del centro de cuidados urgentes / Urgent Care Center Notes</p> <p><input type="checkbox"/> Entrevista y exploración clínica / History and Physical</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del alta / Discharge Summary</p>	<p><input type="checkbox"/> Historia quirúrgica/de procedimientos / Operative/Procedure Notes</p> <p><input type="checkbox"/> Órdenes de los proveedores / Provider Orders</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de radiología / Radiology Reports</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas médicas / Consultations</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de laboratorio / Laboratory Reports</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (describa en detalle) / Other (describe in detail):</p>	<p><input type="checkbox"/> Historia clínica (paciente hospitalizado) / Progress Notes (inpatient)</p> <p><input type="checkbox"/> Registros de facturación / Patient Billing Records</p> <p><input type="checkbox"/> Radiografías o CD / Film/CD (Imaging Support)</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos / All My Medical Records</p> <p><input type="checkbox"/> Historia clínica de enfermería / Nursing Notes</p>	<p>Además, autorizo la divulgación de la información a continuación, la cual puede que se incluya en mi PHI / I further authorize the release of the following information which may be included in my PHI:</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental/Tratamiento psiquiátrico / Mental Health/Psychiatric Treatment</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento para la drogadicción o el alcoholismo / Alcohol or Substance Abuse Treatment</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento(s) o prueba(s) de VIH, SIDA o enfermedad(es) de transmisión sexual / STD/HIV/AIDS Treatment(s) or Test(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Pruebas genéticas / Genetic Testing</p>
--	---	---	---

Propósito de la solicitud (marque uno) / Purpose of the Request (check one)

Facturación o seguro / Billing or Insurance Tratamiento o cuidado continuo del paciente / Treatment/Continued Patient Care

Uso Personal / Personal Legal / Legal Otro / Other: _____

Método de entrega (marque uno) / Delivery Method (check one)

Enviar a la dirección del paciente arriba mencionada / Mail to patient's address listed above

Revisar o recoger en el Departamento HIM / Review or pick up in HIM Department

Enviar por fax al número a continuación (a proveedores solamente - no faxes personales) / Fax to # listed below (Health care providers only, no personal faxes)

Número de fax / Print Fax #: _____

Recibir por correo electrónico / Receive electronically via email (marque uno y escriba la dirección)

No seguro/ni cifrado / Unsecure/unencrypted*

Seguro/cifrado (puede que haya limitaciones de tamaño) / Secure/ encrypted

Correo electrónico / Email: _____

*La comunicación por correo electrónico no cifrado conlleva el riesgo de que la información personal identificable, contenida en el mensaje, pueda ser interceptada por terceras partes no autorizadas.

Divulgar en formato electrónico por el portal de My UNC Chart / Release to web portal via My UNC Chart in electronic format.

(El acceso está disponible por 30 días. Se puede imprimir y grabar una copia para su uso personal.) **Está opción está disponible solo para los registros creados en Epic.

Si no tiene una cuenta de My UNC Chart, regístrese aquí:
<https://myuncchart.org/mychart/>

Caducidad / Expiration

A menos que se revoque antes, esta autorización caducará en la fecha o por el evento o condición siguiente: / Unless previously revoked, this Authorization will expire on the following date, event or condition: (Especifique la fecha, el evento o condición) _____. Si no especifico una fecha de caducidad, un evento o una condición, esta autorización caducará **un (1) año** después de la fecha de la firma. / If I fail to specify an expiration date or event or condition, this Authorization shall remain in effect for **one (1) year** from the date I sign it.



Autorización para usar o divulgar información médica protegida (PHI)

Authorization to Use or Disclose Protected Health Information (PHI)

HIM# 710s

Mediante la presente libero a UNC Health Care System y sus afiliados y empleados de cualquier y toda obligación que pueda surgir de la divulgación de mi PHI de acuerdo con esta autorización.

Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento siempre y cuando lo haga por escrito y la revocación se dirija a la persona o institución antes mencionada. La revocación no se aplicará a aquella información que ya ha sido divulgada como resultado de esta autorización.

Puedo negarme a firmar esta autorización y no me pueden denegar o rechazar el tratamiento por rehusarme a firmar.

Mi rechazo a firmar esta autorización no afectará mi tratamiento, pago, inscripción o idoneidad para beneficios ni la calidad de atención que yo reciba.

Una vez que la información sea divulgada de acuerdo con esta autorización, es posible que ya no esté protegida bajo las leyes federales de privacidad médica y puede que sea divulgada de nuevo por parte de la persona o la agencia que la haya recibido.

Yo entiendo que es posible que me cobren una tarifa por esta solicitud tal como lo permite la ley.

Mi firma en esta autorización indica que doy permiso para el uso o la divulgación mi PHI tal y como se ha descrito anteriormente.

<i>Firma del paciente / Signature of Patient</i>	<i>Fecha / Date</i>	<i>Hora / Time</i>
<i>O firma del representante autorizado / OR Signature of Authorized Representative</i>	<i>Fecha / Date</i>	<i>Hora / Time</i>
<i>Nombre en letra de imprenta del representante autorizado Printed Name of Authorized Representative</i>	<i>Número de teléfono del representante autorizado Phone Number of Authorized Representative</i>	
<i>Explique la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente / Explain Representative's authority to act on behalf of the Patient:</i>		



Autorización para usar o divulgar información médica protegida (PHI)

Authorization to Use or Disclose Protected Health Information (PHI)

HIM# 710s

Envíe su formulario de Autorización para usar o divulgar información médica protegida (PHI) completado por fax o correo postal a la entidad mencionada a continuación (Si se solicitan radiografías solamente, envíe la solicitud al departamento de radiología de la entidad pertinente):

Para:	Enviar a:
UNC Hospitals	UNC Health Information Management Attn: Release of Information 500 Eastowne Drive, Chapel Hill, NC 27514 (fax) 984-974-0471; (teléfono) 984-974-3226 Correo electrónico: relmedinfo@unchealth.unc.edu
Radiología - UNC Hospitals	(fax) 984-974-8814; (teléfono) 984-974-9362 Correo electrónico: FILMmail@unchealth.unc.edu
Rex Healthcare / Rex Hospital	Rex Health Information Management Attn: Release of Information 4420 Lake Boone Trl, Raleigh, NC 27607 1st Floor, Main Hospital (fax) 919-784-3343; (teléfono) 919-784-3158
Radiología - Rex Healthcare / Rex Hospital	(fax) 919-784-3497; (teléfono) 919-784-3023
Caldwell Memorial Hospital	Caldwell Health Information Management Attn: Release of Information 321 Mulberry St SW, Lenoir, NC 28645 (fax) 828-757-5169; (teléfono) 828-757-5100
Radiología - Caldwell Memorial Hospital	(fax) 828-757-5206; (teléfono) 828-757-5204
Chatham Hospital	Chatham Hospital Health Information Management Attn: Release of Information 475 Progress Blvd. Siler City, NC 27344 (fax) 919-799-4801; (teléfono) 919-799-4804
Radiología - Chatham Hospital	(fax) 919-799-4601; (teléfono) 919-799-4600
UNC Physicians Network	Entregue directamente en la clínica de UNC Physicians Network
Johnston Health	Johnston Health, Attn: Health Information Management – Release of Information, PO Box 1376, Smithfield, NC 27577 (fax) 919-934-9266; (teléfono) 919-938-7705
Margaret R. Pardee Memorial Hospital	Pardee, ATTN: HIM – Release of Information, 800 North Justice Street, Hendersonville, NC 28791 (fax) 828-696-1097; (teléfono) 828-696-1094
Nash Healthcare System / Nash Hospitals	Nash UNC Health Care, 2460 Curtis Ellis Drive, Health Information Management, Rocky Mount, NC 27804 (fax) 252-962-8291; (teléfono) 252-962-8130
Lenoir Memorial Hospital	UNC Lenoir Health Care, ATTN: Health Information Services-ROI 100 Airport Rd, PO Box 1678, Kinston, NC 28503-1678 (fax) 252-522-7099; (teléfono) 252-522-7185
Wayne UNC Health Care	Wayne UNC Health Care, Health Information Management 2700 Wayne Memorial Drive, Goldsboro, NC 27534 (fax) 919-587-2975; (teléfono) 919-731-6117
UNC Rockingham Health Care / Rockingham Hospital	UNC Rockingham Health Care, ATTN: Health Information Management Department 117 E Kings Hwy, Eden, NC 27288 (fax) 336-623-6902; (teléfono) 336-627-6194

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 11/06/19

