

## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Boice-Willis Clinic, PA  
Fax: 252-937-2903

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Solicito que comparta mi información médica:** *Marque la casilla apropiada*

A  De: Boice-Willis Clinic PO Box 7200 Rocky Mount NC 27804 ATTN: \_\_\_\_\_

A  De: Centro/consultorio/compañía/persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Este registro medico se compartirá con el siguiente proposito:** \_\_\_\_\_

**Solicito que se realice lo siguiente con el registro medico:** *Marque la casilla apropiada.*

- Que se envíe por correo directamente al centro/consultorio/compañía/persona indicados anteriormente.
- Que se envíe por fax al siguiente número. Número de fax: \_\_\_\_\_
- Que se envíe por correo electrónico mi información médica privada. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Autorizo a Boice-Willis a proporcionar **información verbal únicamente** en relación con mi tratamiento a la(s) persona(s) indicada(s) anteriormente.

**Fecha(s) en que se compartirá el registro medico de:** \_\_\_\_\_ **a:** \_\_\_\_\_ **Proveedor:** \_\_\_\_\_

**La información que se compartirá con el centro/consultorio/compañía/persona mencionados anteriormente incluirá lo siguiente:**

*Marque la(s) casilla(s) apropiada(s):*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> consulta                  | <input type="checkbox"/> informe quirúrgico                      |
| <input type="checkbox"/> informe patológico        | <input type="checkbox"/> registros del centro de cuidado urgente |
| <input type="checkbox"/> informes de laboratorio   | <input type="checkbox"/> informes radiológicos                   |
| <input type="checkbox"/> registro medico completo  | <input type="checkbox"/> resumen                                 |
| <input type="checkbox"/> expediente de facturación | <input type="checkbox"/> otros (especifique): _____              |

Comprendo que, al marcar cualquiera de las siguientes casillas, autorizaré entregar la información confidencial relacionada con registros de tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas, los cuales están protegidos por la legislación federal (Título 42, Parte 2 del Código de Regulaciones Federales, CFR), VIH o salud mental. **Comprendo que no estoy obligado a compartir esta información. Si no se marcan estas casillas, no se compartirá la información.**

- diagnóstico o tratamiento relacionado con el abuso de alcohol o drogas
- diagnóstico o tratamiento relacionado con condiciones de salud mental
- diagnóstico o tratamiento relacionado con el VIH, infecciones o diagnóstico y/o tratamiento contra el SIDA

### FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL

Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que, si revoco esta autorización, deberé hacerlo por escrito y presentar tal revocación por escrito a la Administración de Información Médica. Comprendo que la revocación no aplica a la información que ya se compartió en respuesta a esta autorización. Esta autorización caducará automáticamente en 90 días a partir de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes.

Comprendo que la autorización para compartir esta información médica es voluntaria. No es necesario que firme este formulario para asegurarme de recibir tratamiento. Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o compartirá, conforme al Artículo 164.524 del Código de Regulaciones Federales (CFR). Comprendo que compartir esta información conlleva la posibilidad de que se vuelva a compartir sin autorización, y que tal información no sea protegida por la legislación de confidencialidad federal. **Comprendo que se me podría cobrar una tarifa.**

Boice-Willis Clinic, PA, sus empleados, funcionarios y médicos quedarán exentos de toda responsabilidad legal al compartir la información anterior, en la medida indicada y según se autoriza en el presente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor legal/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha