

<b>Nombre del paciente:</b>			
	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<b>Domicilio:</b>			
<b>Número de teléfono:</b>			
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Número de seguro social (SSN):</b>		
<b>Fechas de servicio para las cuales se desea recibir la información:</b>			
<b>Especifique la información a ser divulgada:</b> <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Informe de cirugía <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiogramas <input type="checkbox"/> Copia electrónica del expediente médico (a enviar por correo electrónico o a grabar en un CD) <input type="checkbox"/> Se solicita que no se encripte/codifique la información (el empleado de Manejo de la información de salud – HIM, por sus siglas en inglés – explicará el riesgo que esto involucra). <input type="checkbox"/> Otro (por favor enumere): _____			
Al colocar una tilde ( <i>check mark</i> ) en la casilla junto a la categoría de la información altamente confidencial enumerada más abajo y al firmar en la línea correspondiente siguiente a cada casilla tildada, yo específicamente autorizo el uso y/o divulgación de este tipo de información altamente confidencial indicada junto a mi firma, en tanto que cualquier parte de dicha información se use o se divulgue conforme a esta autorización:			
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o bebidas alcohólicas _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo _____ <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia _____ <input type="checkbox"/> Pruebas o tratamiento del VIH/SIDA (más allá del resultado) _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea _____ <input type="checkbox"/> Abuso de un adulto discapacitado _____ <input type="checkbox"/> Agresión/violencia sexual _____ <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia infantil _____ <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas _____ <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>RECEPTOR: Nombre de la persona o tipo de personas para las cuales el Frye Regional Medical Center puede divulgar mi información de salud:</b>			
<b>DIRECCIÓN: dirección del receptor o dirección a la cual se debe enviar mi información de salud:</b>			
<b>TÉRMINO: esta autorización permanecerá vigente:</b> <input type="checkbox"/> desde la fecha de esta autorización hasta el _____ día de _____, 20_____. <input type="checkbox"/> hasta que la entidad cubierta satisfaga este pedido. <input type="checkbox"/> hasta que ocurra el siguiente evento _____ <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>PROPÓSITO: autorizo a Frye Regional Medical Center a usar o divulgar mi información de salud (incluyendo la información altamente confidencial que detallé más arriba, si corresponde) durante el término de esta autorización para el/los propósito(s) específico(s): (Nota: escribir "a pedido del paciente" es suficiente si es que el paciente es quien está iniciando esta autorización):</b>			

Entiendo que una vez que Frye Regional Medical Center divulgue mi información de salud al receptor, Frye Regional Medical Center no puede garantizar que el receptor no re-divulgue mi información de salud a terceros. Es posible que no se le requiera a dichos terceros que se atengan a esta autorización o a las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Entiendo que es posible que Frye Regional Medical Center reciba, directa o indirectamente, remuneración de terceros en conexión con el uso o la re-divulgación de mi información de salud.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar o que (en cualquier momento) puedo revocar esta autorización por cualquier razón, y que dicho rechazo o dicha revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en Frye Regional Medical Center; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en Frye Regional Medical Center es con el único propósito de crear información de salud para ser divulgada al receptor identificado en esta autorización; en dicho caso, Frye Regional Medical Center puede rehusarse a darme tratamiento si yo no firmo esta autorización. Si mi tratamiento está relacionado con mi participación en un estudio de investigación, entiendo que el Frye Regional Medical Center puede rehusarse a darme tratamiento si no firmo esta autorización. Entiendo que se me permite que asigne un tiempo/evento de vencimiento que sea "ninguno".

Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta que el término de esta autorización venza o hasta que yo provea un aviso de revocación por escrito dirigido al Director de gestión de la información de salud (*Health Information Management Director*) del Frye Regional Medical Center, al 420 North Center Street, Hickory, North Carolina 28601. La revocación entrará en efecto inmediatamente al momento de recepción de mi aviso por escrito, excepto que la revocación no tendrá efecto con respecto a cualquier acción que tome el Frye Regional Medical Center conforme a esta autorización antes de que reciba mi aviso de revocación por escrito.

**He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto al uso y la divulgación de mi información de salud. Por medio de mi firma más abajo, yo declaro que, a sabiendas y voluntariamente, autorizo al Frye Regional Medical Center a que use o divulgue mi información de salud de la manera descrita más arriba.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si el paciente es menor de edad o bien no puede firmar esta autorización, obtener las siguientes firmas:**

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de su autoridad

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para uso interno solamente:** la identidad del solicitante ha sido validada ya sea con una identificación con foto emitida por una organización gubernamental, como ser una licencia de conducir o un pasaporte, o por medio de la comparación de firmas documentadas en los expedientes de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Si el paciente ha solicitado que la información electrónica no esté encripta/codificada, le hemos explicado los riesgos relacionados con hacer ello.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado que valida la identidad