


DukeHealth
**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

 Coloque la etiqueta del paciente aquí
(Solo para uso interno)

Si se trata de comunicación oral, complete la Autorización para la divulgación verbal de información
PARTE A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente (obligatorio):		Nombre de preferencia:	
Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:	N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos):	
Correo electrónico:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

PARTE B: PERSONA O EMPRESA QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN

☐ Yo mismo (la misma información de arriba) ☐ Persona o entidad: _____ Teléfono: _____			
Correo electrónico:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

PARTE C: INFORMACIÓN A SER DIVULGADA (marque todo lo que corresponda)
Lugar del tratamiento:

☐ Duke University Hospital ☐ Duke Regional Hospital ☐ Duke Lake Norman Hospital	☐ Duke Raleigh Hospital, un campus de Duke University Hospital ☐ Duke Clinic (especifique el lugar) _____	☐ Todas las entidades de Duke Health Enterprise
--	--	--

Fecha(s) de tratamiento: Se proporcionarán los últimos 2 años de tratamiento activo, a menos que se especifique lo contrario.

☐ De _____ a _____ (sea específico) **O** ☐ Todas las fechas de tratamiento

Registros o información: Si se envía a un proveedor, se enviará un Extracto/Resumen de registros, a menos que se marque lo contrario a continuación.

☐ El Extracto/Resumen (Incluye los puntos en negrita) O ☐ El registro completo (No incluye ni facturación ni imágenes)	☐ Registro del Departamento de Emergencias ☐ Registro físico/ocupacional ☐ Registro de vacunación	☐ Registros de facturación ☐ Imágenes de radiología (solo en CD) ☐ Imágenes de cardiología (ecografía, laboratorio de cateterismo) ☐ Imágenes de neurología (EEG) ☐ Otras imágenes _____
☐ Resumen del alta ☐ Historial y examen físico ☐ Visita clínica ☐ Informes de radiología	☐ Informe de consulta ☐ Informe operativo/de procedimiento ☐ Informes de laboratorio ☐ Informes de patología	

PARTE D: OBJETIVO DE LA SOLICITUD
☐ Personal ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Continuidad de la atención ☐ Otro (especifique): _____

PARTE E: FORMATO Y ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (Seleccione una opción)

Entrega electrónica ☐ My Duke Health (solo pacientes) ☐ Portal (Abogado/seguero)	☐ Correo electrónico encriptado (Proporcionar en la Parte B) ☐ Fax (Proporcionar en la Parte B)	Entrega por correo ☐ CD (Pueden aplicarse cargos) ☐ Papel (Pueden aplicarse cargos)
---	--	--

PARTE F: REVISIÓN Y APROBACIÓN

Comprendo que la información que se divulgará puede incluir referencias a información sensible relacionada con salud mental y del comportamiento, pruebas genéticas, VIH/SIDA u otras enfermedades transmisibles. Apruebo de manera específica la divulgación de la siguiente información que se ha marcado como sensible o restringida (marque todo lo que corresponda):

☐ Salud mental y del comportamiento ☐ Pruebas genéticas

Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en respuesta a la misma. Comprendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Si no firmo esta autorización, Duke Health continuará brindando tratamiento y solicitará el pago por los servicios brindados. Duke Health puede cobrar una tarifa por proporcionar la información especificada anteriormente.

Esta autorización expirará automáticamente un año después de la fecha en que se firme, a menos que se revoque o que se indique aquí otra fecha o evento:

Firma del paciente/representante del paciente	Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación (si no firma el paciente)	Número de teléfono (si es diferente al indicado arriba)	

Si usted no es el paciente o el padre o la madre de un paciente menor de edad, DEBE adjuntar documentación en relación con su autoridad para actuar en nombre del paciente (poder notarial, orden judicial, documentación de tutor legal, documentación de albacea/administrador).

 ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO UTILIZANDO **UNO** DE LOS SIGUIENTES MEDIOS

 Fax: 919-620-5165; ROI-requestor3@dm.duke.edu; Si tiene preguntas, llame al: 919-684-1700;

Duke University Hospital - HIM, DUMC Box 3016, Durham, NC 27710