

Cómo Completar el Formulario de Autorización de Clínica Adjunto

Sección I:

Si usted quiere que las clínicas de WFBH **sólo provean información directamente a usted**, escriba “NONE” en la Sección I y “NA” en la Sección III. Vaya a la Sección IV para completar este formulario.

- ❖ **Nombre:** Favor de escribir los nombres de las personas que usted autoriza a pedir y recibir información sobre su atención en las clínicas de WFBH, en los espacios provistos. Esto incluye comunicaciones en persona, por fax o por teléfono.
- ❖ **A ó R:** Ponga una “A” junto a los nombres de las personas que pueden pedir y recibir **toda** información concerniente a su atención.
 - Ponga una “R” junto a los nombres de las personas **que sólo pueden recoger recetas u otros formularios completados a nombre suyo**. Estas personas no podrán recibir ninguna otra información sobre la atención que usted recibe en las clínicas de WFBH.
- ❖ **Parentesco con Paciente:** Ejemplos de notaciones: Cónyuge, amigo/a, hija/o, madre, padre, etc.
- ❖ **Núm. Tel.:** Escriba el número telefónico de la persona que usted autoriza.
- ❖ **Dirección:** Escriba la dirección física, no Apartados Postales por favor.

Sección II: Para referencia del paciente – No se pide información.

Descripciones de la información que puede ser intercambiada con las personas autorizadas con la “A” o con la “R”.

Sección III:

- ❖ Marque (✓) ‘**A petición del individuo**’ si quiere que las personas nombradas anteriormente reciban información en cualquier momento que pidan información.
- ❖ Marque (✓) ‘**Tratamiento, horario, coordinación de servicios y llene el espacio**’ si usted quiere limitar la información recibida a estas situaciones.

Sección IV:

- ❖ Marque (✓) **Sí** si usted autoriza a las clínicas de WFBH a dejar mensajes telefónicos en su máquina de mensajes sobre tales cosas como citas, direcciones, resultados de pruebas normales, cambios de medicamentos, confirmar información de dirección, seguro, etc.
- ❖ Marque (✓) **No** si usted **no** quiere que las clínicas de WFBH le dejen mensajes telefónicos aparte de recordatorios de citas.

Se Requiere Firma para Autorización:

- La persona quien complete el formulario debe firmar el formulario.
- Provea la *fecha de nacimiento del paciente (mes/día/año)*.
- Si el paciente completa el formulario, escriba ‘Patient’ en el espacio *Parentesco con Paciente*.
 - Si otra persona que no sea el paciente completa el formulario, escriba el parentesco de esa persona con el paciente.
- Escriba los números telefónicos del Peticionante. **Casa / Trabajo: (xxx) xxx-xxxx / (xxx) xxx-xxxx.**
 - El **Peticionante** es o el **paciente** o el **Representante Personal con Autoridad de Actuar**.
- Autoridad de Actuar: Para el Representante Legal Solamente.**
 - Si usted es el representante legal personal del paciente, favor de escribir “Representante Legal”, “Poder Legal de Salud”, “Poder Legal”, etc.
- Fecha:** Escriba la fecha en que se completó y se firmó el formulario (**Mes/Día/Año**).

AUTORIZACIÓN DE CLÍNICA – Recipientes de Información de Atención de Salud Designados por el Paciente

WAKE FOREST BAPTIST HEALTH

Para obtener una lista de las entidades cubierta por este formulario, por favor consulte www.wakehealth.edu/compliance/Notice-of-Privacy-Practices.htm.

MRN # _____

Patient Name _____

Copy given to requestor (Date) _____

THIS FORM MUST BE COMPLETED IN FULL

AUTORIZACIÓN para USO o DIVULGACIÓN VERBAL de INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

I. Doy consentimiento y autorizo a: WAKE FOREST BAPTIST HEALTH, que le divulgue a:

Nombre	A ó R	Parentesco con el Paciente	Número de Teléfono (xxx) xxx-xxxx	Dirección (incluya el Código Postal)

II. A/R: Descripción de información que puede ser usada / divulgada a las personas antes nombradas: Seleccione UNA por cada nombre dado.

A – Compartir toda información verbalmente.* (Sin embargo, podrá divulgarse: copias impresas de resultados de laboratorio y otras pruebas ancilares para propósitos de tratamiento; permitir recoger formularios y recetas y proveer copias de reclamaciones, estados de cuentas, etc.) *(No aplica a la divulgación de registros médicos.)* ***(La información podrá incluir información médica relacionada con el tratamiento de alcohol, atención psiquiátrica, asesoramientos psicológicos, abuso de sustancias, y/o VIH / SIDA, si aplica.)**

R – Sólo **Recetas** – Nombre(s) de personas autorizadas a recoger recetas y formularios solamente. *(No aplica a la divulgación de registros médicos.)*

III. La información se usará / divulgará para los siguientes propósitos:

A petición del individuo(s) -Ó-

Tratamiento, horario, coordinación de servicios, y otro _____.

IV. Autorizo a WFBH a dejarme mensajes de voz grabada.

Sí No, sólo a dejar recordatorios de citas.

Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de salud o plan de salud cubierto por los reglamentos federales de privacidad, puede que la información descrita arriba vuelva a divulgarse y ya no quede protegida por estos reglamentos.

Entiendo que puedo rehusar firmar esta autorización y que el rehusarme firmar no afectará que mi habilidad de obtener tratamiento o pago, o ni elegibilidad a beneficios. Podré inspeccionar o copiar cualquier información usada / divulgada bajo esta autorización hasta donde lo permita o requiera la ley.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad de WFBH. Además entiendo que no podré revocar esta autorización hasta donde ya se haya tomado acción de acuerdo con esta autorización. Se ha compartido conmigo la información sobre el derecho a revocar mediante el Aviso de Privacidad de WFBH.

Esta autorización vence en 5 años desde la fecha de firma a menos que se revoque según antes explicado.

Firma de Paciente o Representante Personal (si aplica)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Parentesco o Relación con Paciente

Tel. Casa / Tel. Oficina del Solicitante

Autorización de Actuar

Fecha (Requerida)

Para obtener copias de Registros Médicos se requiere una autorización separada.
Favor de comunicarse con el Departamento de WFBH apropiado o con
WFBH Health Information Management Departamento de Registros Médicos al 336-716-3230.



MRROI