

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre/
Apellido de soltera

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Últimos 4 dígitos del número de seguro social: _____ Número de teléfono: _____

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a IHS para que divulgue o reciba información sobre la historia clínica, tratamiento, examen y/u hospitalización del paciente mencionado anteriormente de/a la(s) siguiente(s) instalación/instalaciones o persona(s):

Nombre de la(s) persona(s) de la(s) instalación/instalaciones que recibe(n) o entrega(n) información

Dirección:

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Entiendo que el tipo específico de información que se divulgará incluye:

Fecha(s) del tratamiento/procedimiento: _____

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen* (ver el reverso) | <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informe del Departamento de Emergencias |
| <input type="checkbox"/> Todo el registro | <input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico | <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio, radiografía, informes de EKG/ECG | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería | <input type="checkbox"/> Informes de procedimientos/operativos |
| <input type="checkbox"/> Informe ambulatorio | <input type="checkbox"/> Informe de patología | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Informes psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Notas de terapia | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Película de radiografía/ imágenes médicas |

Notas del consultorio Otro (especificar): _____

Propósito de la divulgación:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Continuidad de atención | <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Investigación legal |
| <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ | |

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de recibir tratamiento; hacer o recibir el pago o de inscribirme y ser elegible para beneficios. Entiendo que la información en mi expediente clínico puede incluir información relacionada con el tratamiento, diagnóstico o prueba de abuso de drogas o alcohol, afecciones relacionadas con drogas, alcoholismo, condiciones psiquiátricas/psicológicas, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o pruebas para anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Por la presente autorizo la entrega de la información médica del paciente mencionado anteriormente y entiendo que el destinatario puede volver a entregarla y que la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Esta autorización es válida por 60 días a partir de la fecha de la siguiente firma, a menos que especifique una fecha de vencimiento anterior o posterior en este espacio _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la Administración del Hospital o al Director de Expedientes Clínicos. Sin embargo, la revocación será válida solo para el uso o entrega de mi información médica protegida en el futuro, si IHS ha actuado en cumplimiento de esta autorización. Entiendo que se me cobrará una tarifa por las copias que no se envíen directamente a un proveedor de atención médica. Consulte la lista de tarifas para ver los cargos* (en el reverso).

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____

Relación estatal del representante personal con el paciente (según corresponda): _____

Nombre en letra de imprenta y cargo de la persona que entrega la información: _____

Nombre en letra de imprenta/ iniciales de la persona que verifica la información: _____

Método de verificación de identidad: ID con foto Descripción legal Otro: _____

Método de distribución: Papel Correo CD FAX Correo electrónico

Autorización para la divulgación de información médica:



MR106
Rev. 07/19

Iredell Health System
Iredell Occupational Medicine
128 E Plaza Dr Unit 3
 Mooresville NC 28115

Para la comunicación por correo electrónico, entiendo que si la información no se envía de manera cifrada, existe el riesgo de que se pueda acceder a ella de manera inapropiada. Sigo eligiendo permitir que se envíen comunicaciones por correo electrónico. Para la “Continuidad de Atención” el cuidador que la recibe solo desea recibir por lo general un “Resumen” con información clave del expediente médico. Este mismo “Resumen” enviado a los cuidadores también casi siempre satisface las necesidades de uso individual.

Un “Resumen” del expediente médico contiene lo siguiente:

- ✓ Resumen del alta – este documento es un resumen de la atención, el tratamiento, los servicios prestados y el progreso hacia los objetivos establecidos de una hospitalización.
- ✓ Registro de emergencias – este registro documenta la atención, el tratamiento y los servicios prestados para una visita a la sala de emergencias.
- ✓ Historia clínica y examen físico – este formulario detalla la enfermedad actual o las necesidades de atención y anota cualquier antecedente relevante.
- ✓ Informe(s) operativo(s) – este informe detalla los hallazgos del cirujano, los procedimientos técnicos que se siguen, las muestras extraídas y el diagnóstico postoperatorio.
- ✓ Informe(s) de consulta(s) – este informe documenta los hallazgos de un médico al que se le solicitó examinar a un paciente.
- ✓ Informes de radiografías, laboratorio u otras pruebas

Lista de tarifas de copias

Estas tarifas son establecidas por el estado de Carolina del Norte. A continuación se muestra una copia de los Estatutos Generales de Carolina del Norte 90-411.

Se cobrará una tarifa mínima de \$10.00 por solicitud

Tarifa fija para CD de \$25 (sin límite en páginas)

Costo por página	Por las páginas
\$0.75	1 - 25
0.50	26 - 100
0.25	A partir de la 101

90-411. Tarifa de copia de registro.

Un proveedor de atención médica puede cobrar una tarifa razonable para cubrir los costos incurridos en la búsqueda, la manipulación, la copia y el envío de expedientes clínicos al paciente o al representante designado del paciente. La tarifa máxima para cada solicitud será de setenta y cinco centavos (\$0.75) por página para las primeras 25 páginas, cincuenta centavos (\$0.50) por página para las páginas 26 a 100 y veinticinco centavos (\$0.25) por cada página que exceda las 100 páginas, siempre que el proveedor de atención médica pueda imponer una tarifa mínima de hasta diez dólares (\$10.00), incluidos los costos de copia. Si el paciente o el representante designado por el paciente lo solicita, nada en este documento limitará una tarifa profesional razonable cobrada por un médico para la revisión y preparación de un resumen narrativo del historial clínico del paciente. Esta sección solo se aplicará con respecto a los reclamos de responsabilidad por lesiones personales y los reclamos por discapacidad del seguro social, excepto que los cargos por expedientes clínicos e informes relacionados con reclamos bajo el Artículo 1 del Capítulo 97 de los Estatutos Generales se registrarán por las tarifas establecidas por la Comisión Industrial de Carolina del Norte de conformidad con los Estatutos Generales 97-26.1. Esta sección no se aplicará a las solicitudes de copias de expedientes clínicos hechas a los Servicios de Determinación de Discapacidad del Departamento de Salud y Servicios Sociales en nombre de un solicitante por discapacidad del Seguro Social o Ingreso de Seguridad Suplementario. (1993, c. 529, s. 4.3; 1993 (Reg. Sess., 1994), c. 679, s. 5.5; 1995 (Reg. Sess., 1996), c. 742, s. 36; 1997443, ss. 11.3, 11A.118(b).)

Autorización para la divulgación de información médica

<p>NO COLOCAR EN LA FICHA</p> <p>MR106</p> <p>Rev. Copia del paciente 07/19</p>	<p>Iredell Health System</p> <p>Iredell Occupational Medicine 128 E Plaza Dr Unit 3 Mooresville NC 28115</p>	
--	--	--