

## Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center •  
Wilson Community Health Center

### Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida

Para ser completado por el paciente o el representante personal del paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre Segundo Nombre*

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Historia Clínica # \_\_\_\_\_  
*MES DIA AÑO*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono en el día: \_\_\_\_\_ Teléfono en la noche: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo a Carolina Family Health Centers, Inc. a divulgar información de mi historia clínica como se indica a continuación a:**

☐ Mí, u ☐ Otro:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### Propósito de la divulgación:

- ☐ Solicitud del Paciente/ o familiar
- ☐ Legal
- ☐ Cambiando la atención a otro lugar
- ☐ Otro: (especifique): \_\_\_\_\_

#### Mi autorización es para el uso y divulgación de la siguiente información:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Directivas anticipadas           | <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Lista de enfermedades/problemas     |
| <input type="checkbox"/> Todos los diagramas de flujo     | <input type="checkbox"/> Informes de imágenes      | <input type="checkbox"/> Procedimientos                      |
| <input type="checkbox"/> Reporto de cobros                | <input type="checkbox"/> Imágenes de estudios      | <input type="checkbox"/> Notas de progreso                   |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos actuales/detallados | <input type="checkbox"/> Historia de vacunación    | <input type="checkbox"/> Diagrama de flujo de signos vitales |
| <input type="checkbox"/> Historia odontológica            | <input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio   | <input type="checkbox"/> Cartas                              |

**Mi autorización se refiere a la información generada en la(s) siguiente(s) fecha(s) o en el siguiente período de tiempo:**

\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Solicito que mi información sea divulgada de la siguiente manera:**

- ☐ copias por correo    ☐ inspección    ☐ copias por fax    ☐ copias para recoger en oficina
- ☐ Enviar a MyChart (portal del paciente)

**Doy mi autorización libremente entendiendo que:**

- Podría negarme a firmar esta autorización
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento siempre que sea por escrito, excepto cuando la información ya haya sido divulgada en base a mi autorización. Las revocaciones por escrito deben ser entregadas a:

Carolina Family Health Centers, Inc.  
303 Green Street East  
Wilson, NC 27893  
Attn: Privacy Officer

- Carolina Family Health Centers, Inc. puede condicionar mi tratamiento a mi provisión de esta autorización
- Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como el original
- Carolina Family Health Centers, Inc., sus directores, funcionarios, empleados, agentes y voluntarios quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento
- Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada

**Esta autorización está vigente hasta:** \_\_\_\_\_ (si no se indica ninguna fecha de vencimiento o evento, esta autorización vencerá 90 días después de la firma).

Deseo que mi información sea facilitada a través de (marque uno):

- ☐ Inspección de la historia clínica, no tiene cobro
- ☐ El Portal del Paciente, no tiene cobro
- ☐ Medios electrónicos (☐ al papel, ☐ a CD-ROM o ☐ al correo electrónico), \$6.50
- ☐ Copias en papel al papel, veinticinco centavos (.25) por página, máximo \$25.00

No se cobra por la historia clínica si se envía copia a centros para continuar la atención médica o para tratamiento de seguimiento.

\_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente/Padre/Madre/Tutor Legal (en letra de molde)*

\_\_\_\_\_  
*Firma del del Paciente/Padre/Madre/Tutor Legal*  
*(Alguno de los padres debe firmar por el menor de edad)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**Relación con el paciente:**

- ☐ Paciente
- ☐ Tutor legal o Padre/Madre
- ☐ Representante autorizado (documentación proporcionada y revisada según la política de Carolina Family Health Centers, Inc.)

Los formularios firmados se pueden enviar por fax a 252-243-9888, ATTN: Medical Records Department

Este formulario se escanea en la historia clínica del paciente..

July 2025

HIPAA-200.02 Authorization for Use and Disclosure for PHI for Purposes other than TPO Page 2 of 2