

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: _____ / _____ / _____
MES DIA AÑO Historia Clínica # _____

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:

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

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

July 2025

HIPAA-200.02 Authorization for Use and Disclosure for PHI for Purposes other than TPO Page 1 of 2

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