



**Autorización para liberar los expedientes médicos protegidos**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N°. Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

**Liberar a: PAIN CLINIC OF North Carolina**

Para divulgar desde \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

El propósito de esta divulgación es: \_\_\_ A solicitud de la persona \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
Las fechas de la atención del paciente cubiertas por esta autorización son \_\_\_\_\_

**Liberar la siguiente información**

- Resumen de alta                       Informe(s) de patología                       Registro(s) de emergencia                       Expediente y registros físicos
- Informe(s) de radiología                       Factura detallada                       Consulta(s)                       Informe(s) de laboratorio
- Informe(s) operativo                       Informe(s) de cardiología                       Nota(s) de avance                       Plan(es) de tratamiento
- Otros registros especificados \_\_\_\_\_
- Expediente médico completo (excepto los registros relativos a información altamente confidencial).

**Liberación de información altamente confidencial**

Al marcar cualquiera de las casillas junto a una categoría de Información Altamente Confidencial que aparece a continuación, autorizo específicamente el uso y/o la divulgación de la categoría de Información Altamente Confidencial indicada junto a la línea:  
*(Por favor, marque todo lo que corresponda - dejar una línea sin marcar puede resultar en que no se divulgue información para ningún propósito).*

- Enfermedad mental de discapacidad del desarrollo                       Abuso de un adulto con una discapacidad
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)                       Pruebas genéticas
- Agresión sexual                       Pruebas o tratamiento de VIH/SIDA (incluyendo el hecho de que se ordenó, realizó o informó una prueba de VIH, independientemente de que los resultados de dichas pruebas fueran positivos o negativos).
- Abuso de sustancias (como alcohol o drogas)
- Abuso y negligencia infantil

**Esta autorización permanecerá vigente**

Desde la fecha de esta autorización hasta \_\_\_\_\_ (No más de un año)  
 Hasta que la institución liberadora cumpla con la solicitud o 120 días a partir de la fecha en que se firme esta autorización, lo que ocurra primero.

**Entiendo que**

- La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede permanecer protegida durante más tiempo por las leyes federales y de Carolina del Norte aplicables.
- Puedo negarme a firmar esta autorización por cualquier razón y la Institución Liberadora no puede condicionar mi tratamiento a que yo firme esta autorización, a menos que mi tratamiento esté relacionado con la investigación o que vaya a recibir atención médica únicamente con el propósito de crear información médica protegida para su divulgación al receptor identificado en esta autorización.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación será efectiva inmediatamente después de que la Institución Liberadora se apoye en esta autorización antes de que haya recibido mi notificación de revocación por escrito.

He leído y entendido los términos de esta autorización, y por lo tanto, de manera consciente y voluntaria autorizo a la Institución Liberadora a usar o divulgar mi información médica de la forma antes descrita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Padre/Tutor si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del Paciente/Padre/Tutor