



(Divulgación de Información)
ATTENTION: RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION

University of North Carolina Health Care System
 101 Manning Drive
 Chapel Hill, North Carolina 27514
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN-MIM # 710-S

Yo autorizo a/I authorize:

UNC Health Care System

Otro/other:

A usar o divulgar a/To use or disclose to: **Nombre/Name:** _____
Dirección/Address: _____ **Cuidad/City:** _____
Estado/State: _____ **Código Postal/Zip:** _____

La información médica protegida de/the protected health information of

Nombre del Paciente/Name _____ **Fecha de Nacimiento/DOB** _____
Dirección/Address _____ **Ciudad/City:** _____ **Estado/State:** _____ **Código/Zip:** _____
Teléfono/tel: () _____ **No. Seguro Social/SSN:** _____
No. Expediente o Tarjeta/MR# _____ **Fechas de Tratamiento/Treatment Dates:** _____

Información que se divulgará (Marque información requerida)/
 Information to be disclosed (please check below to indicate information requested):

Notas de la Clínica/ Clinic Notes	Notas de Tratamiento Progress Notes	Notas de Enfermería Nurses Notes	Consultas Médicas Consultations
Sala de Emergencia/ Emergency Room	Reportes de Cirugía Operative/Procedure Notes	Resumen de su Estadía Discharge Summary	Otros/Other:
Centro de Cuidado Urgente Urgent Care	Reporte de Patología Pathology Report	Reportes de Laboratorio Lab Reports	
Historia y Examen Clínica/Hx and Phys.	Ordenes médicas Medical Orders	Reportes de Rayos-X X-ray Reports	

Acepto que el material a divulgar PUEDE INCLUIR información protegida por la ley. Mis iniciales a continuación autorizan la divulgación de información sobre lo siguiente: I acknowledge that the data to be released MAY INCLUDE information protected by law. My initials below authorize inclusion of information pertaining to:

Salud Mental/ Mental Health	Drogas y Alcohol/ Drugs and Alcohol	SIDA/VIH otras enfermedades contagiosas HIV/AIDS Other Communicable Diseases	Pruebas Genéticas/ Genetic Testing	No aplica/ Not Applic.
--	--	---	---	-----------------------------------

El propósito del uso o divulgación es/ The purpose of the use or disclosure is:

Abogado/Legal Attorney/Legal	Seguro/ Insurance	Uso Personal/Personal Use
Servicios Sociales/Incapacidad Social Serv. /Disability	Continuación de Cuidados de Salud/Continued Patient Care	Otro/Other:

Entiendo que/I understand that:

- **Puedo revocar esta autorización en cualquier momento/** I may revoke this authorization at any time:
 - **La revocación no aplicará a información que ha sido ya divulgada a raíz de esta autorización/**The revocation will not apply to information that has already been released in response to this Authorization
 - **Yo tengo que revocar esta autorización por escrito/I** must revoke this Authorization in writing. **El procedimiento para revocar esta autorización es presentar mi revocación por escrito por ante el Departamento de Dirección de Información Médica/**The procedure for revoking this Authorization is to present my written revocation to the Medical Information Management Department.
- **Puedo negarme a firmar esta autorización/I** may refuse to sign this Authorization:
 - **El UNC Health Care System no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción a algún plan de salud o elegibilidad a beneficios, en el recibo de mi firma en esta autorización/**UNC Health Care System will not condition my treatment, any payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits in receiving my signature on this Authorization.
- **Pueda que se cobre una cuota por copiar información médica protegida/**A fee may be charged for copying the protected health information.

He sido informado y entiendo que información divulgada a consecuencia de esta autorización puede ser re-divulgada por aquel que haya recibido dicha información. Es posible que una vez divulgada, la privacidad de la información pueda que deje de estar protegida bajo las leyes federales de protección a la privacidad médica/I have been informed and understand that information disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by a recipient of such information. It is possible that once disclosed, the privacy of the information may no longer be protected under federal medical privacy law.

A menos que sea revocada, esta autorización expirará en la fecha siguiente, evento, o condición: _____ **. Si yo no especifico una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización expirará automáticamente a los (90) noventa días de la fecha de mi firma./** Unless otherwise revoked, this Authorization will expire on the following date, event, or condition _____. **If I fail to specify an expiration date or event or condition, this Authorization will automatically expire in ninety (90) days from the date of signature.**

He leído y he entendido la información contenida en esta autorización. / I have read and understand the information in this Authorization form.

Firma del Paciente/ Signature of patient _____
Escriba su nombre/ Printed name _____ Fecha/Date: _____

0/or

Firma del Representante Autorizado/ Signature of Authorized Representative
Escriba su nombre/ Printed name _____ Fecha/Date: _____
Por favor señale el origen de la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente/ Please explain Representative's authority to act on behalf of the Patient:

Ed. On Fee: _____ Office use only
Call for: _____ Pickup _____ Review