

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Divulgación de información limitada a familiares o amistades para consultorios médicos - HIM 1315s**

*Limited Release of Information to Family/Friends for Physician Clinics*

**Yo le doy permiso al consultorio médico que forma parte de UNC Health Care System a divulgar cierta información médica personal a las personas nombradas a continuación.** A estas personas, se les dará solo la información pertinente a su participación en mi atención médica o al pago por mi atención médica.<sup>1</sup> Entiendo que no es obligatorio que yo complete este formulario para recibir atención médica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada<sup>2</sup> sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

**O**

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada<sup>2</sup> sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

**O**

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

**Si cambio de opinión acerca de las personas o la información de contacto indicadas en este formulario, completaré un formulario nuevo con tales cambios.**

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y RELACIÓN (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Este formulario no es un sustituto de un poder notarial para la atención médica u otra designación formal de una persona autorizada a tomar decisiones médicas en su nombre si usted es incapaz de tomarlas. Si una persona nombrada arriba es su tutor o agente (bajo un poder notarial) o si está autorizada de otra manera para actuar en su nombre, su proveedor de atención médica puede divulgar a esa persona cualquier información médica personal que la ley permite.

**Este formulario no es un sustituto para una autorización escrita válida que cumpla con el HIPAA cuando esta es obligatoria para divulgar copias de registros médicos o registros de facturación.**

<sup>2</sup> Información delicada incluye información acerca de la salud mental, la drogadicción o el alcoholismo, el VIH y otras enfermedades contagiosas, y las pruebas genéticas. **Este formulario no se considera autorización suficiente para divulgar información delicada.**

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 6/14/17*

