



New Hanover Regional  
Medical Center

Fax: (910) 667 - 7186  
Fax: (910) 667 - 3525

**New Hanover Regional Medical Center**  
**REGISTROS MEDICOS/SALUD GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN**  
Post Office Box 9000, 2131 South 17<sup>th</sup> Street  
Wilmington, NC 28402 - 9000  
Telephone: (910) 667 - 7090

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA \* Campos Obligatorios**  
**(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION)**

**Sección A:\*** Debe completarse para todas las autorizaciones.

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
1er. Nombre                      2do. Nombre                      Apellido de Soltero (a)                      1er. Apellido

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_                      Número de Seguro Social: XXX-XX-\_\_\_\_\_

Teléfono No. \_\_\_\_\_                      Historia Clínica No. \_\_\_\_\_

**INFORMACION ESPECIFICA NECESARIA: \*\*vea la información dada al respaldo de la hoja**

Compendio\*\*                       Historia Clínica y Exámen Físico                       Reporte de Patología                       Consultas

Resumen de Hospitalización                       VIH / SIDA (\_\_\_\_ Iniciales\*)                       Registros Prenatales                       Notas de las Clínicas

Electrocardiograma                       Reporte de Laboratorio                       Reporte de Radiología

Registros del Departamento de Urgencias.                       Reporte Quirúrgico                       Registros Psiquiátricos (\_\_\_\_ Iniciales\*)

Fotografías, videos, imágenes digitales otros.                       Información acerca del tratamiento para el abuso de sustancias (\_\_\_\_ Iniciales\*)

Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:\*** La divulgación de ésta información médica es necesaria para.....

La Continuidad del Cuidado Médico                       El Procesamiento del Seguro Médico                       Procedimientos Legales

Uso Personal                       Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION:\*** Yo autorizo y solicito a \_\_\_\_\_ el divulgar información médica a \_\_\_\_\_ concerniendo mi tratamiento durante el periodo desde \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_.

**Sección B:** Debe completarse solamente si un plan de salud o-un proveedor de salud ha solicitado esta autorización.  
¿Recibirá el plan de salud o el proveedor de salud quién solicita ésta autorización compensación financiera o de otro tipo a cambio de utilizar o divulgar la información de salud descrita arriba? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Sección C:\*** Debe completarse para todas las autorizaciones.  
Yo comprendo que mi cuidado médico y el pago por mi cuidado médico no será afectado si yo no firmo ésta forma. **Iniciales\*** \_\_\_\_\_  
Yo comprendo que yo puedo rehusarme a firmar ésta autorización y que ésta autorización es voluntaria. Yo comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de planes de salud, la información entregada puede dejar de ser protegida por los reglamentos federales de privacidad.  
Yo comprendo que yo puedo revocar ésta autorización en cualquier momento notificando el Departamento de Registros Médicos por escrito, y que éste automáticamente **expirará el** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\* **(Mes/Día/Año)** o 1 año desde la fecha que ha sido firmada abajo, cualquiera de las dos sea primero.

**Sección D:\*** Debe completarse para todas las autorizaciones.  
Yo, por este medio, autorizo el uso o la divulgación de la información acerca de mi condición de salud como está descrita arriba. Yo comprendo que yo puedo rehusarme a firmar ésta autorización y que ésta autorización es voluntaria. Yo comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de planes de salud, la información entregada puede dejar de ser protegida por los reglamentos federales de privacidad.  
Yo comprendo que yo puedo revocar ésta autorización en cualquier momento notificando el Departamento de Registros Médicos por escrito, y que éste automáticamente **expirará el** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\* **(Mes/Día/Año)** o 1 año desde la fecha que ha sido firmada abajo, cualquiera de las dos sea primero.  
Por medio de esto, se libera al remitente de toda responsabilidad legal de la divulgación de información descrita arriba, de los registros. Yo también comprendo que si yo revoco mi autorización, ésto no tendrá efecto alguno sobre las acciones que NHRMC llevo a cabo antes de recibir la revocación.  
Yo comprendo que los registros médicos, los reportes de laboratorio, los reportes de radiología, y la información de facturas pueden ser enviadas electrónicamente o por medio de fax a otra institución médica o consultorio médico involucrado en el cuidado del paciente o responsable por alguna parte de los cargos al paciente.

**Nombre en letra imprenta:\*** \_\_\_\_\_  
(Paciente o Representante Autorizado)

**Fecha:\*** \_\_\_\_\_                      **Firma:\*** \_\_\_\_\_  
(Paciente o Representante Autorizado)\*

**Testigo:\*** \_\_\_\_\_  
(Relación con el Paciente si la firma no es la suya)\*

Forma de Identificación: \*  Licencia de Conducir     Identificación dada por el Estado     Identificación Militar     Otro \_\_\_\_\_

<b>FAVOR ENVIAR ESTA INFORMACION A LA ATENCION DE:</b>	<b>INFORMACION DEL REMITENTE (SÓLO EL PERSONAL NHRMC)</b>
	Envíese por Fax a: _____
	Número: _____
	Dirección: _____
	Por quién: _____
	Fecha de Envío: _____

**USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION**  
**ESTA FORMA HACE PARTE DEL REGISTRO MEDICO PERMANENTE**



\*0153\*

Auth for Release of Info

White - Medical Records  
Yellow - Patient and or Authorized Representative

MR-008A (06/2021)

## DEFINICIONES CON RESPECTO A LA DIVULGACION DE INFORMACION

Un compendio incluye un resumen de reportes impresos tal como aparecen a continuación. Este listado no los incluye a todos.

Resumen de Hospitalización

Exámenes Especiales (Ej: Ecocardiograma)

Historia Clínica y Exámen Físico

Electrocardiograma

Consultas

Registros del Médico del Departamento de Urgencias

Reportes Quirúrgicos

Reportes de Patología

Reportes de Laboratorio

Reportes de Radiología

Representante Autorizado: Es un custodio, padre de familia, o representante del paciente para decisiones médicas. Ejemplo:  
Documentos Legales que apoyan la divulgación de información médica a un representante autorizado son:

Poder de Abogado para Asuntos de Salud.

Poder de Abogado

Licencia De Matrimonio

Certificado de Defunción

Ejecutor de Documentos de Bienes



New Hanover Regional  
Medical Center

Fax: (910) 667 - 7186  
Fax: (910) 667 - 3525

**New Hanover Regional Medical Center**  
**REGISTROS MEDICOS/SALUD GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN**  
Post Office Box 9000, 2131 South 17<sup>th</sup> Street  
Wilmington, NC 28402 - 9000  
Telephone: (910) 667 - 7090

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA \* Campos Obligatorios**  
**(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION)**

**Sección A:\*** Debe completarse para todas las autorizaciones.

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
1er. Nombre                      2do. Nombre                      Apellido de Soltero (a)                      1er. Apellido

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_                      Número de Seguro Social: XXX-XX-\_\_\_\_\_

Teléfono No. \_\_\_\_\_                      Historia Clínica No. \_\_\_\_\_

**INFORMACION ESPECIFICA NECESARIA: \*\*vea la información dada al respaldo de la hoja**

Compendio\*\*                       Historia Clínica y Exámen Físico                       Reporte de Patología                       Consultas

Resumen de Hospitalización                       VIH / SIDA (\_\_\_\_ Iniciales\*)                       Registros Prenatales                       Notas de las Clínicas

Electrocardiograma                       Reporte de Laboratorio                       Reporte de Radiología

Registros del Departamento de Urgencias.                       Reporte Quirúrgico                       Registros Psiquiátricos (\_\_\_\_ Iniciales\*)

Fotografías, videos, imágenes digitales otros.                       Información acerca del tratamiento para el abuso de sustancias (\_\_\_\_ Iniciales\*)

Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:\*** La divulgación de ésta información médica es necesaria para.....

La Continuidad del Cuidado Médico                       El Procesamiento del Seguro Médico                       Procedimientos Legales

Uso Personal                       Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION:\*** Yo autorizo y solicito a \_\_\_\_\_ el divulgar información médica a \_\_\_\_\_ concerniendo mi tratamiento durante el periodo desde \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_.

**Sección B:** Debe completarse solamente si un plan de salud o-un proveedor de salud ha solicitado esta autorización.  
¿Recibirá el plan de salud o el proveedor de salud quién solicita ésta autorización compensación financiera o de otro tipo a cambio de utilizar o divulgar la información de salud descrita arriba? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Sección C:\*** Debe completarse para todas las autorizaciones.  
Yo comprendo que mi cuidado médico y el pago por mi cuidado médico no será afectado si yo no firmo ésta forma. **Iniciales\*** \_\_\_\_\_  
Yo comprendo que yo puedo rehusarme a firmar ésta autorización y que ésta autorización es voluntaria. Yo comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de planes de salud, la información entregada puede dejar de ser protegida por los reglamentos federales de privacidad.  
Yo comprendo que yo puedo revocar ésta autorización en cualquier momento notificando el Departamento de Registros Médicos por escrito, y que éste automáticamente **expirará el** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\* **(Mes/Día/Año)** o 1 año desde la fecha que ha sido firmada abajo, cualquiera de las dos sea primero.

**Sección D:\*** Debe completarse para todas las autorizaciones.  
Yo, por este medio, autorizo el uso o la divulgación de la información acerca de mi condición de salud como está descrita arriba. Yo comprendo que yo puedo rehusarme a firmar ésta autorización y que ésta autorización es voluntaria. Yo comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de planes de salud, la información entregada puede dejar de ser protegida por los reglamentos federales de privacidad.  
Yo comprendo que yo puedo revocar ésta autorización en cualquier momento notificando el Departamento de Registros Médicos por escrito, y que éste automáticamente **expirará el** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\* **(Mes/Día/Año)** o 1 año desde la fecha que ha sido firmada abajo, cualquiera de las dos sea primero.  
Por medio de esto, se libera al remitente de toda responsabilidad legal de la divulgación de información descrita arriba, de los registros. Yo también comprendo que si yo revoco mi autorización, ésto no tendrá efecto alguno sobre las acciones que NHRMC llevo a cabo antes de recibir la revocación.  
Yo comprendo que los registros médicos, los reportes de laboratorio, los reportes de radiología, y la información de facturas pueden ser enviadas electrónicamente o por medio de fax a otra institución médica o consultorio médico involucrado en el cuidado del paciente o responsable por alguna parte de los cargos al paciente.

**Nombre en letra imprenta:\*** \_\_\_\_\_  
(Paciente o Representante Autorizado)

**Fecha:\*** \_\_\_\_\_                      **Firma:\*** \_\_\_\_\_  
(Paciente o Representante Autorizado)\*

**Testigo:\*** \_\_\_\_\_  
(Relación con el Paciente si la firma no es la suya)\*

Forma de Identificación: \*  Licencia de Conducir     Identificación dada por el Estado     Identificación Militar     Otro \_\_\_\_\_

<b>FAVOR ENVIAR ESTA INFORMACION A LA ATENCION DE:</b>	<b>INFORMACION DEL REMITENTE (SÓLO EL PERSONAL NHRMC)</b>
	Envíese por Fax a: _____
	Número: _____
	Dirección: _____
	Por quién: _____
	Fecha de Envío: _____

**USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION**  
**ESTA FORMA HACE PARTE DEL REGISTRO MEDICO PERMANENTE**



\*0153\*

Auth for Release of Info

White - Medical Records  
Yellow - Patient and or Authorized Representative

MR-008A (06/2021)

## DEFINICIONES CON RESPECTO A LA DIVULGACION DE INFORMACION

Un compendio incluye un resumen de reportes impresos tal como aparecen a continuación. Este listado no los incluye a todos.

Resumen de Hospitalización

Exámenes Especiales (Ej: Ecocardiograma)

Historia Clínica y Exámen Físico

Electrocardiograma

Consultas

Registros del Médico del Departamento de Urgencias

Reportes Quirúrgicos

Reportes de Patología

Reportes de Laboratorio

Reportes de Radiología

Representante Autorizado: Es un custodio, padre de familia, o representante del paciente para decisiones médicas. Ejemplo:  
Documentos Legales que apoyan la divulgación de información médica a un representante autorizado son:

Poder de Abogado para Asuntos de Salud.

Poder de Abogado

Licencia De Matrimonio

Certificado de Defunción

Ejecutor de Documentos de Bienes