FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN – MIM #710-S

AUTHORIZATION FORM – MIM #710-S

500 Eastowne Drive
Chapel Hill, NC 27514

☐ **Para radiografías favor de enviar a:**
Radiology Films please send:

ATTN: IMAGING SUPPORT
(919) 966-3280, Fax (919) 966-4990

☐ **Para otros expedientes médicos favor de enviar a:**
For all other record requests please send:

ATTN: RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
(919) 966-2336, Fax (919) 966-6295
Correo electrónico (email): relmedinfo@unch.unc.edu

Yo autorizo:
I authorize:

	UNC Health Care System

O/OR

	Otras instalaciones/Other facility:

Para usar o divulgar a:
To use or disclose to:

Nombre de la persona o instalación/ Name of Person or Facility:			
Dirección/ Address	**Ciudad**/ City	Estado/State	Código Postal/ Zip
Teléfono/Phone:	**Fax**/ Fax:	Correo electrónico/ Email:	

La información médica protegida de:
The protected health information of:

Nombre del paciente/Patient Name:		**Fecha de nacimiento**/Date of Birth:	**Los últimos 4 dígitos del seguro social**/ SS# (last 4):
Dirección/ Address	**Ciudad**/City	**Estado**/State	**Código Postal**/Zip
Teléfono/Phone:		**Núm. de expediente médico de UNC**/ UNC Medical Record #	

Fechas de servicio/Dates of Service: _____

Haga una <u>MARCA DE COTEJO</u> (√) al lado de los documentos específicos que sean pertinentes a su solicitud:
Put a <u>CHECKMARK</u> next to the specific documents that apply to your request:

	Notas clínicas (paciente externo) Clinic notes (outpatient)		**Notas operatorias y de procedimientos**/Operative / Procedure notes		**Notas del progreso (paciente interno)**/Progress Notes (inpatient)
	Notas de la sala de emergencias Emergency Dept. notes		**Ordenes de los proveedores de cuidados de salud**/Providers Orders		**Reportes de radiología**/Radiology reports
	Notas del centro de cuidado urgente/Urgent Care Center notes		**Notas de enfermería**/Nursing notes		**Expedientes de facturación al paciente**/Patient Billing records
	Historia y examen físico/History and Physical		**Consultas**/Consultations		**Radiografías/ *CD*** (material de apoyo) Film/CD (Imaging support)
	Resumen del alta/Discharge Summary		**Reportes de laboratorio**/Lab. reports		**Todos los expedientes médicos**/All Medical Records
Otro (describa)/Other (describe)					

Entiendo que la información divulgada puede incluir información confidencial relacionada con el comportamiento o salud mental, drogas y alcohol (incluidos los registros de un programa que proporcione diagnóstico sobre el abuso de drogas y alcohol, tratamiento o derivaciones como lo define la ley federal en 42 C.F.R Parte 2), el VIH / SIDA y otras enfermedades transmisibles, así como pruebas genéticas. Esta autorización no incluye el permiso para divulgar notas de psicoterapia (definidos como registros de sesiones de terapia privadas, conjuntas, grupales o familiares que están separadas del resto de la historia clínica del paciente). La divulgación de notas de psicoterapia requiere una autorización por separado.

Haga una MARCA DE COTEJO (√) al lado del propósito de la solicitud:
Put a CHECKMARK next to the purpose of the request:

	Abogado/Legal Attorney/ Legal
	Uso personal/Personal Use

	Cuidados ininterrumpidos del paciente /Continued Patient Care
	Servicios Sociales/Incapacidad Social Services/ Disability

	Seguro/ Insurance
	Otro/Other:

Haga una MARCA DE COTEJO (√) al lado de como desea recibir sus documentos:
Put a CHECKMARK next to how you would like to receive your request:

	Por correo a la dirección de arriba/Mail to address listed above
	Revisar los expedientes en Release Dept. /Review in Release Department
	Recibir de forma electrónica al correo electrónico mencionado arriba/Receive electronically at e-mail above.

	Fax al # mencionado arriba (solo para proveedores del cuidado de la salud, no para faxes personales)/Fax to # listed above (Health care providers only; no personal faxes)
	Revisión a distancia (sólo para empleados)/Review remotely (employees only)

	Recoger los documentos en Release Dept./Pick up in Release Dept.
	Autorización verbal/ Verbal release

ENTIENDO QUE:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento:
  - Esta revocación no incluye aquella información que ya ha sido divulgada como respuesta a esta autorización.
  - Debo revocar esta autorización por escrito. El procedimiento para revocar esta autorización consiste en presentar mi revocación por escrito ante el *Medical Information Management Department.*
- Puedo negarme a firmar esta autorización:
  - Mi tratamiento, los pagos, la inscripción en un plan de salud o aptitud para recibir los beneficios no se condicionarán en base a mi firma en este documento.
  - Podría cobrarse una cantidad por las copias de la información de salud protegida. Favor de comunicarse con *Copy Service* al 919-966-4521 para obtener la tarifa y el costo.

Se me ha notificado y entiendo que la información divulgada como consecuencia de esta autorización podría compartirse de nuevo por parte de la persona a quien se destina. Es posible que una vez divulgada, la privacidad de la información ya no esté protegida bajo la ley federal de la privacidad médica.

A menos que esta autorización sea revocada, caducará en la fecha o por el evento o condición siguiente /Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____. Si no especifico una fecha de caducidad o un evento o condición, esta autorización caducará automáticamente a los noventa (90) días de la fecha en que se firmó / If I fail to specify an expiration date or event or condition, this authorization will expire automatically in ninety (90) days from the date of signature.

He leído y entendido la información en este formulario de autorización/I have read and understand the information in this Authorization form.

Firma del paciente/Signature of Patient**:**	
Nombre en letra de imprenta/Printed Name:	**Fecha y hora /**Date & Time:

O/OR

Firma del representante autorizado/Signature of Authorized Representative:	
Nombre en letra de imprenta/Printed Name:	**Fecha y hora /**Date & Time**:**
Favor de explicar la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente/Please explain Representative's authority to act on the behalf of the Patient:	

OFFICE USE ONLY

PROCESSED DATE: _____

STAMPS / ADDITIONAL NOTES:

PROCESSED BY: _____

ADDITIONAL NOTES:

Translated by UNC Health Care Interpreter Services- 05/29/13

UNC HEALTH CARE

101 Manning Drive
Chapel Hill, NC 27514

AUTHORIZATION FORM – MIM #710-S

☐ Radiology Films please send:

ATTN: IMAGING SUPPORT
(919) 966-3280, Fax (919) 966-4990

☐ For all other record requests please send:

ATTN: RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
(919) 966-2336, Fax (919) 966-6295
Email: relmedinfo@unch.unc.edu

I authorize:

	UNC Health Care System	OR		Other facility:

To use or disclose to:

Name of Person or Facility:			
Address	City	State	Zip
Phone:	Fax:	Email:	

The protected health information of:

Patient Name:		Date of Birth:	SS# (last 4):
Address	City	State	Zip
Phone:		UNC Medical Record #	

Dates of Service: _____

Put a <u>CHECKMARK</u> next to the specific documents that apply to your request:

	Clinic notes (outpatient)		Operative / Procedure notes		Progress Notes (inpatient)
	Emergency Dept. notes		Providers Orders		Radiology reports
	Urgent Care Center notes		Nursing notes		Patient Billing records
	History and Physical		Consultations		Film / CD (Imaging support)
	Discharge Summary		Laboratory reports		All Medical Records
Other (describe)					

I understand that the information released may include sensitive information related to behavior and/or mental health, drugs and alcohol (including records of a program that provides alcohol or drug abuse diagnosis, treatment, or referral, as defined by federal law at 42 C.F.R. Part 2), HIV/AIDS and other communicable diseases, and genetic testing. This authorization does not include permission to release psychotherapy notes (defined as records from private, joint, group, or family counseling sessions that are separated from the rest of the patient's medical record). Release of psychotherapy notes requires a separate authorization.

Put a CHECKMARK next to the purpose of the request:

	Attorney/ Legal
	Personal Use

	Continued Patient Care
	Social Services/ Disability

	Insurance
	Other:

	Mail to address listed above.
	Review in Release department.
	Receive electronically at e-mail above

	Fax to # listed above **(Health care providers only; no personal faxes)**
	Review remotely **(employees only)**

	Pick up in Release Dept.
	Verbal release

Put a CHECKMARK next to how you would like to receive your request:

I UNDERSTAND THAT:

- I may revoke this Authorization at any time:
  - The revocation will not apply to information that has already been released in response to this Authorization.
  - I must revoke this Authorization in writing. The procedure for revoking this Authorization is to present my written revocation to the Medical Information Management Department.
- I may refuse to sign this Authorization:
  - My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits can not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
  - A fee may be charged for providing the protected health information. Please contact Copy Service to obtain fee and rate information at 919-966-4521.

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.

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 expire automatically in ninety (90) days from the date of signature.

I have read and understand the information in this Authorization form.

Signature of Patient:	
Printed Name:	Date:

Or

Signature of Authorized Representative:	
Printed Name:	Date:
Please explain Representative's authority to act on the behalf of the Patient:	

OFFICE USE ONLY

PROCESSED DATE: _____ PROCESSED BY:_____ ADDITIONAL NOTES:	STAMPS / ADDITIONAL NOTES: