



**CUMBERLAND**  
★ COUNTY ★  
NORTH CAROLINA

**AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

1235 Ramsey Street  
Fayetteville, NC 28301

**Yo autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado de Cumberland a ceder la información de salud protegida anotada del expediente médico del paciente adscrito abajo.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Apellido Nombre I NM

**A la agencia o individuo indicado abajo:**

Facilidad/Persona \_\_\_\_\_ Núm. De Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. De Fax: \_\_\_\_\_

Ciudad/Zona Postal: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_

**A incluir la siguiente información:**

- Notas de Progreso  Resumen de dado de Alta  Reporte de Radiología  
 Historial y Examen Físico  Archivo de Planificación Familiar  Enfermedad Contagiosa  
(ETS, VIH, Registro de Tuberculosis)  
 Reportes de Laboratorio (Por favor sea específico) \_\_\_\_\_  
 Información contenida en el expediente médico del paciente con relación a tratamiento, diagnosis, estado, síntomas, prognosis  
siquiátrico y/o psicológico hasta la fecha.  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Para el Propósito de:**

- Compartir con otros Proveedores de Cuidado de Salud  Continuidad de Cuidado  Proceso de Seguro  
 Razones Legales  Cuidado inmediato (Paciente en la Oficina, por favor enviar por fax)\*  Uso Personal  
 Otro: \_\_\_\_\_

**La información arriba a ser divulgada por:**

- Pedido en la oficina  Fax  Correo/Carta  Correo Electrónico

\*Si paciente solicita expedientes por fax/correo electrónico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Autorizado Requerida Fecha

Declaración de Aviso: Yo entiendo que con ciertas excepciones, Yo tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento. Si yo quiero revocar esta autorización, Yo debo hacerlo por escrito. El procedimiento de como Yo debo revocar la autorización como también las excepciones de mi derecho a revocar están explicadas en el Aviso de las Prácticas de Privacidad, una copia que ya se me ha provisto y Yo entiendo que Yo puedo rehusarme a firmar esta autorización. Yo entiendo también que el Departamento de Salud Pública del Condado de Cumberland no puede denegar o rehusar el proveer tratamiento, pago, enrolamiento en plan de salud, o elegibilidad de beneficios si Yo me rehúso a firmar esta autorización. Yo entiendo que tan pronto la información sea revelada de acuerdo a esta Autorización, es posible que ya no sea protegida por la ley federal de privacidad médica y que podría ser revelada de nuevo por la persona o agencia que la recibe. Si usted esta solicitando el recibir su Información Protegida de Salud electrónicamente, nosotros queremos informarle que los correos electrónicos pueden ser interceptados en transmisión por, o dirigida mal a una tercera persona. El Departamento de Salud Pública del Condado de Cumberland no es responsable de cualquier daño que resulte a su Información Protegida de Salud transmitida electrónicamente por intercepción o mal dirigida.

Esta autorización expira automáticamente dentro de 60 días, después de la fecha que fue firmada.

Firma de Autorización Requerida:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Legal Autorizado Relación con el Paciente Fecha