

Please check the box to the left of the appropriate facility / Marque la casilla a la izquierda del centro correspondiente:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brody School of Medicine at East Carolina University | <input type="checkbox"/> ECU Health Duplin Hospital | <input type="checkbox"/> ECU Health Physicians |
| <input type="checkbox"/> East Carolina Endoscopy Center | <input type="checkbox"/> ECU Health Edgecombe Hospital | <input type="checkbox"/> ECU Health Roanoke-Chowan Hospital |
| <input type="checkbox"/> ECU Health Beaufort Hospital - | <input type="checkbox"/> ECU Health Home Health & Hospice | <input type="checkbox"/> The Outer Banks Hospital |
| <input type="checkbox"/> A Campus of ECU Health Medical Center | <input type="checkbox"/> ECU Health Medical Center | <input type="checkbox"/> ECU Health SurgiCenter |
| <input type="checkbox"/> ECU Health Bertie Hospital | <input type="checkbox"/> ECU Health North Hospital | <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> ECU Health Chowan Hospital | | |



Autorización y consentimiento para divulgar información de salud protegida (PHI) de salud mental

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Nombre del paciente (*Patient's Name*): _____
Primer nombre (First) Segundo nombre (Middle) Apellido (Last)

Número de Seguro Social (*Social Security Number*): _____
Últimos 4 dígitos (Last 4 Digits)

Fecha de nacimiento (*Date of Birth*): _____
Mes (Month) Fecha (Date) Año (4 dígitos) (Full 4 – Digit Year)

Autorizo al centro indicado arriba para intercambiar información con:

Persona: _____ Familiar: _____
 Agencia: _____ Relación
 Dirección: _____ Empleador EAP – Programa de asistencia
 Atención posterior al tratamiento Médico
 Número de teléfono: _____ Número de fax: _____ Terapeuta Origen de la remisión
 Otro:

Con el propósito de: Diagnóstico, tratamiento y planificación del alta, continuidad de la atención, (*Sea específico*)

Información que se divulgará	Información que se obtendrá
Fechas del servicio _____ hasta _____ <i>(INSERTE LAS FECHAS DE SERVICIO DE LA INFORMACIÓN A DIVULGAR)</i> <input type="checkbox"/> Antecedentes psiquiátricos y evaluación física <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicosociales y de enfermería <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica/neuropsicológica <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol (si corresponde) <input type="checkbox"/> Formato FL – 2 <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/Plan de atención y revisiones <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Comunicación verbal relacionada con: <input type="checkbox"/> Otro:	Fechas del servicio _____ hasta _____ <i>(INSERTE LAS FECHAS DE SERVICIO DE LA INFORMACIÓN A DIVULGAR)</i> <input type="checkbox"/> Antecedentes psiquiátricos y evaluación física <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicosociales y de enfermería <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica/neuropsicológica <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio, rayos X y estudios de diagnóstico <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol (si corresponde) <input type="checkbox"/> VIH/SIDA/ARC (si corresponde) <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/Plan de atención y revisiones <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Comunicación verbal relacionada con: <input type="checkbox"/> Otro:

AVISO A LAS PARTES QUE RECIBEN INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE DROGAS/ALCOHOL: Esta información se le ha divulgado de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que otra divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con problemas de alcoholismo o drogadicción, excepto como se establece en las normas federales.

PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN: Esta información es confidencial y está protegida por las leyes federales y estatales. Cualquier otra redistribución está estrictamente prohibida, a menos que se obtenga el consentimiento escrito específico del paciente para volver a divulgar esta información. Esta autorización está sujeta a la revocación del paciente en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado una acción.

Si no se ha revocado previamente, este consentimiento vencerá (marque uno): 30 días después del alta Otro: _____

Firmo voluntariamente esta autorización y entiendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario. También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. También entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito. Entiendo que mi revocación o modificación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada por el hospital con base en esta autorización antes de recibir mi solicitud de revocación o modificación. Debo firmar mi solicitud por escrito y enviarla a **ECU Health**.

Firma del paciente/representante (Patient/Representative Signature) Nombre del paciente/representante EN LETRA DE MOLDE (Patient/Representative PRINTED Name) Fecha (Date) Hora (Time)

Marque una (*Check one*): Paciente (*Patient*) Tutor (*Guardian*) Poder notarial (*Power of Attorney*)
 Otro (*Other*): _____

Especifique fecha o evento (Specify Date or Event)

Firma del testigo (Witness Signature) Nombre en LETRA DE MOLDE del testigo (Witness PRINTED Name) Fecha (Date) Hora (Time)



3247/EH-174