



Autorización para la divulgación de información médica protegida según la ley federal de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996 (HIPPA)

Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información de salud de identificación individual como se describe a continuación para ser utilizado en el curso de investigaciones oficiales del Departamento de Trabajo de Carolina del Norte – División de Salud y Seguridad Ocupacional. Entiendo que esta Autorización es voluntaria. Por la presente libero a la organización que proporciona esta información de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de esta información en la medida indicada y autorizada en este documento.

Nombre del paciente: _____ SS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Personas/Organizaciones que proporcionan la información: _____
Nombre del proveedor médico/Nombre del consultorio _____

Personas/Organizaciones que reciben la información: Departamento del Trabajo de NC- División de Salud y Seguridad Ocupacional
Departamento/Nombre de la division _____

Nombre del investigador principal de OSH _____

Dirección de envío _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Descripción específica de la información que cubre la atención médica desde: _____ hasta _____
Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

- Registros médicos completos, excluidas las facturas (p. ej., informes de primeros auxilios, antecedentes e informes físicos, resultados e informes de pruebas de diagnóstico, resultados de laboratorio, informes operativos, informes de consultas, resumen de alta, fotografías)
- Otros (especificar): _____

El paciente o su representante debe leer y poner sus iniciales en TODAS las siguientes declaraciones:

1. Entiendo que esta Autorización vencerá el: _____ Iniciales: _____

2. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a la organización proveedora por escrito y que, si revoco esta Autorización, esto no tendrá ningún efecto en cualquier acción que la organización proveedora tome antes de recibir la revocación.

Iniciales: _____

3. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta Autorización. Iniciales: _____

EL FORMULARIO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD.



Autorización para la divulgación de información médica protegida según la ley federal de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996 (HIPPA)

4. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y que la privacidad de la información ya no estará protegida por la ley federal de privacidad médica. Sin embargo, de conformidad con las reglas administrativas del Departamento de Trabajo de Carolina del Norte – División de Salud y Seguridad Ocupacional con respecto al acceso a los registros médicos de los empleados (13 NCAC 07A, Sección .0900), la información divulgada conforme a esta Autorización no está sujeta a divulgación al público.

Iniciales: _____

He leído y entiendo la información contenida en esta Autorización.

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Nombre impreso del representante del paciente

Relación con el paciente

EL FORMULARIO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD.