

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN – MIM #710S**  
**AUTHORIZATION FORM – MIM #710S**



101 Manning Drive  
 Chapel Hill, NC 27514

**Para radiografías favor de enviar a:**  
 For 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:

<b>Nombre de la persona o instalación/Name of Person or Facility:</b>		
<b>Dirección, Ciudad, Estado, Código postal/Address, City, State, Zip</b>		
<b>Teléfono/Phone:</b>	<b>Fax/Fax:</b>	<b>Correo electrónico/Email:</b>

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

<b>Nombre del paciente/Patient Name:</b>	<b>Fecha de nacimiento/Birth date:</b>	<b>Los últimos 4 dígitos del seguro social /SS# (last 4):</b>
<b>Dirección/Address:</b>	<b>Ciudad, Estado, Código postal/City, State, Zip</b>	
<b>Teléfono/Phone:</b>	<b>Núm. de expediente médico de UNC/UNC Medical Record #</b>	

**Fechas de servicio/Dates of Service:** \_\_\_\_\_

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

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

**Escriba sus INICIALES al lado de cualquier información CONFIDENCIAL concerniente a su solicitud.**  
 Put your **INITIALS** next to any **SENSITIVE** information that pertains to your request.

**NOTA: Ponga sus iniciales sólo en las siguientes casillas que procedan. NO ponga sus iniciales al lado de "No aplica=N/A" a menos que ninguna de las primeras 4 casillas apliquen.**

*NOTE: Initial only the boxes below that are applicable. Do NOT initial "Not Applicable" unless none of the first 4 boxes apply.*

<input type="checkbox"/> <b>Salud mental</b> Mental Health	<input type="checkbox"/> <b>Abuso de drogas o alcohol/Drugs or Alcohol</b>	<input type="checkbox"/> <b>VIH/sida u otras enfermedades contagiosas/HIV / AIDS or other communicable diseases</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pruebas genéticas/ Genetic Testing</b>	<input type="checkbox"/> <b>No aplica/N/A</b>
---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

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

<input type="checkbox"/> <b>Abogado/Legal Attorney/ Legal</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cuidados ininterrumpidos del paciente /Continued Patient Care</b>	<input type="checkbox"/> <b>Seguro/ Insurance</b>
<input type="checkbox"/> <b>Uso personal/Personal Use</b>	<input type="checkbox"/> <b>Servicios Sociales/Incapacidad Social Services/ Disability</b>	<input type="checkbox"/> <b>Otro/Other:</b>

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:

<input type="checkbox"/>	<b>Por correo a la dirección de arriba</b> /Mail to address listed above
<input type="checkbox"/>	<b>Recibir de forma electrónica</b> /Receive Electronically
<input type="checkbox"/>	<b>Revisar los expedientes en Release Dept.</b> /Review in Release Department

<input type="checkbox"/>	<b>Fax al # mencionado arriba (urgente o prioridad)</b> /Fax to # listed above (Urgent or Prioritized)
<input type="checkbox"/>	<b>Revisión a distancia (sólo para los empleados de UNC HCS)</b> /Review remotely (UNC HCS employees only)

<input type="checkbox"/>	<b>Recoger los documentos en Release Dept.</b> /Pick up in Release Dept.
<input type="checkbox"/>	<b>Autorización verbal</b> / 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: