



DukeHealth

**AUTORIZACION VERBAL PARA
REVELAR INFORMACION**



Place Patient Label Here

Nombre del paciente:	Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección:		
Fecha de nacimiento:	#de SS (últimos 4 dígitos):	# de expediente médico:

Por medio de esta solicitud autorizo a Duke Health Enterprise ("Duke Health") para que traten mi información de salud protegida en persona o por teléfono con las siguientes personas:

Nombre (impreso)	Número telefónico	Parentesco
1) _____		
2) _____		

Información a ser divulgada (marque uno):

- ☐ Toda la información *Relacionada a mi cuidado, tratamiento y pago (mejor opción para Servicio al Cliente)
- ☐ Información del seguro y facturación.
- ☐ Atención clínica y tratamiento*
- ☐ Citas/programar citas
- ☐ Otro (especificar): _____

*No incluye información privada a menos que se apruebe por separado

Comprendo que:

- Al firmar esta autorización para revelar información verbal, cedo el derecho para que Duke Health trate mi información de salud protegida identificada anteriormente con las personas arriba designadas por mí.
- Esta autorización es **únicamente** para conversaciones telefónicas y verbales y no es una autorización para revelar información de salud por escrito a ninguna de las personas anteriormente nombradas por mí.
- Específicamente autorizo a Duke Health para que verbalmente revele la siguiente información privada a las personas antes mencionadas. Servicio al cliente no revela información privada.
☐ Salud Mental ☐ Abuso de sustancias ☐ Pruebas genéticas ☐ Enfermedades contagiosas
- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que la gestión se haya llevado a cabo en respuesta a esta autorización.
- La información revelada, de acuerdo a esta autorización, puede estar sujeta a **ser revelada de nuevo** por las personas designadas por mí anteriormente y no estar protegida bajo la Ley de Privacidad HIPAA.
- Las personas arriba mencionadas fueron nombradas voluntariamente por mí. Si no firmo o si revoco esta autorización Duke Health proporcionará tratamiento y cobrará honorarios por sus servicios.
- Esta autorización vence al año de la fecha de haber sido firmada a continuación al menos que se haya revocado u otra fecha o acontecimiento se describa aquí: _____.

Firma del paciente

Fecha

ENVIE LA FORMA COMPLETA A: ROI-requestor3@dm.duke.edu; fax: 919-620-5165, o por correo a:
Duke University Hospital - HIM P.O. Box 3016 Durham, NC 27710; para preguntas llame al: 919-684-1700