



## Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

Nombre del paciente (en letra de molde)	Número de teléfono	Fecha de nacimiento
Dirección del paciente		Núm. de expediente médico

**INFORMACIÓN QUE PUEDE SER DIVULGADA:** Si solo son fechas específicas, indique las fechas: \_\_\_\_\_

**Información solicitada (marque todos los que correspondan):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Todo el expediente médico</b>                 | <input type="checkbox"/> Historia clínica de la sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica del centro de cuidados urgentes | <input type="checkbox"/> Entrevista y exploración clínica           |
| <input type="checkbox"/> Historia quirúrgica/de procedimientos            | <input type="checkbox"/> Órdenes de los proveedores                 |
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta                                | <input type="checkbox"/> Consultas médicas                          |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                          | <input type="checkbox"/> Historia clínica (paciente hospitalizado)  |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología                           | <input type="checkbox"/> Registros de facturación                   |
| <input type="checkbox"/> Radiografías o CD                                | <input type="checkbox"/> Historia clínica de enfermería             |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica (paciente ambulatorio)          |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa en detalle): _____                |   |

**Persona o entidad que usted desea que reciba la información**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax (si procede): \_\_\_\_\_

**Indique si desea autorizar la divulgación de información médica delicada:**  Salud mental/Tratamiento psiquiátrico  Pruebas genéticas  
 Tratamiento para el alcoholismo o la drogadicción  Tratamientos o pruebas de enfermedades de transmisión sexual, VIH o SIDA

**Formato solicitado / Modo de entrega**

- Enviar por correo postal a la dirección antes mencionada
- Revisar o recoger registros impresos en el Departamento de gestión de información médica (Health Information Management-HIM)
- Divulgación verbal a la persona antes mencionada
- Enviar por fax al número antes mencionado (a proveedores solamente; no fax personal)
- Otro: (describa) \_\_\_\_\_

**Tarifas:** Es posible que se cobre una tarifa moderada basada en los costos de hacer copias de la información solicitada. Los pacientes pueden pedir del HIM un estimado de la tarifa de antemano.

- Recibir por correo electrónico (marque uno y escriba la dirección)
- No seguro/ni cifrado\*  Seguro/cifrado (puede que haya limitaciones de tamaño). Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*La comunicación por correo electrónico no cifrado conlleva el riesgo de que la información personal identificable, contenida en el mensaje, pueda ser interceptada por terceras partes no autorizadas.

Divulgar en formato electrónico por el portal de My UNC Chart. (El acceso está disponible por 30 días. Se puede imprimir y grabar una copia para su uso personal.) \*\*Esta opción está disponible solo para los registros creados en Epic.

**Si no tiene una cuenta de My UNC Chart, regístrese aquí:**

<https://myuncchart.org/mychart/>

**Caducidad:** A menos que se revoque antes, esta autorización caducará en la fecha o por el evento o condición siguiente: (Especifique la fecha, el evento o condición) \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de caducidad, un evento o una condición, esta autorización caducará **un (1) año** después de la fecha de la firma.

Firma del paciente	Fecha	Hora
O firma del representante autorizado	Fecha	Hora
Nombre del representante autorizado en letra de molde	Número de teléfono del representante autorizado	
Explique la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:		

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 11/07/19



\* R E Q 1 2 3 4 5 \*



## Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

Envíe su formulario de Autorización para usar o divulgar información médica protegida (PHI) completado por fax o correo postal a la entidad mencionada a continuación (Si se solicitan radiografías solamente, envíe la solicitud al departamento de radiología de la entidad pertinente):	
Para:	Enviar a:
UNC Health Appalachian	<p>Watauga Hospital            ATTN: Health Information Management Department            336 Deerfield Road, Boone, NC 28607            (fax) 828-265-5014; (teléfono) 828- 262-9581</p> <p>Cannon Memorial Hospital &amp; Appalachian Behavioral Health Hospital            ATTN: Health Information Management Department            PO Box 767, Linville, NC 28646            (fax) 828-737-7531; (teléfono) 828-737-7547</p>
UNC Health Blue Ridge	<p>UNC Health Blue Ridge Health Information Management            2201 S. Sterling Street, Morganton NC, 28655            (fax): 828-580-6859 (teléfono): 828-580-6887</p>
UNC Health Caldwell	<p>Caldwell Health Information Management            Attn: Release of Information            321 Mulberry St SW, Lenoir, NC 28645            (fax) 828-757-5169 (teléfono) 828-757-5111</p> <p>For radiology film <u>only</u>:            Caldwell Memorial Hospital Radiology Department            (fax) 828-757-5206; (teléfono) 828-757-5204</p>
UNC Health Chatham	<p>Chatham Hospital Health Information Management            Attn: Release of Information            475 Progress Blvd. Siler City, NC 27344            (fax) 919-799-4801; (teléfono) 919-799-4804            Email: <a href="mailto:chathamreleaseofinfo@unchealth.unc.edu">chathamreleaseofinfo@unchealth.unc.edu</a></p> <p>For radiology film <u>only</u>:            Chatham Hospital Radiology Department            (fax) 919-799-4601; (teléfono) 919-799-4600</p>
UNC Health Johnston	<p>UNC Health Johnston Health Information Management            Attn: Release of Information            PO Box 1376, Smithfield, NC 27577            (fax) 919-934-9266; (teléfono) 919-938-7705            Email: <a href="mailto:johnstonreleaseofinfo@unchealth.unc.edu">johnstonreleaseofinfo@unchealth.unc.edu</a></p> <p>For radiology film <u>only</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Smithfield Hospital Location</i>              Johnston UNC Health Care Radiology Department              509 N. Brightleaf Blvd., Smithfield, NC 27577              (fax) 919-989-9795; (teléfono) 919-938-7190</li> <li>• <i>Clayton Hospital Location</i>              Johnston UNC Health Care Radiology Department              2138 NC Highway 42W, Clayton, NC 27520</li> </ul>





## Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

	(fax) 919-585-8462; (teléfono) 919-585-8450
UNC Health Lenoir	UNC Lenoir Health Care Health Information Services Attn: Release of Information 100 Airport Rd, PO Box 1678, Kinston, NC 28503-1678 (fax) 252-522-7099; (teléfono) 252-522-7185
UNC Health Nash	Nash UNC Health Care Health Information Management 2460 Curtis Ellis Drive, Rocky Mount, NC 27804 (fax) 252-962-8291; (teléfono) 252-962-8130
UNC Health Pardee	Pardee Health Information Management Attn: Release of Information 800 North Justice Street, Hendersonville, NC 28791 (fax) 828-696-1097; (teléfono) 828-696-1094  For radiology film <u>only</u> : Pardee UNC Health Care, Attn: Radiology 800 North Justice Street, Hendersonville, NC 28791 (fax) 828-696-1076; (teléfono) 828-969-1040
UNC Health Rex	Rex Health Information Management Attn: Release of Information 4420 Lake Boone Trail, Raleigh, NC 27607 1st Floor, Main Hospital (fax) 919-784-3343 or 919-784-1472; (teléfono) 919-784-3158 Email: <a href="mailto:rexreleaseofinfo@unchealth.unc.edu">rexreleaseofinfo@unchealth.unc.edu</a>  For radiology film <u>only</u> : Rex Healthcare / Rex Hospital Radiology Department (fax) 919-784-3497; (teléfono) 919-784-3023
UNC Health Rockingham	UNC Rockingham Health Care Health Information Management 117 E Kings Hwy, Eden, NC 27288 (fax) 336-635-6899; (teléfono) 336-627-6194 Email: <a href="mailto:rockinghamreleaseofinfo@unchealth.unc.edu">rockinghamreleaseofinfo@unchealth.unc.edu</a>  For radiology film <u>only</u> : UNC Rockingham Health Care Diagnostic Imaging 117 E Kings Hwy, Eden, NC 27288 (fax) 336-627-7687; (teléfono) 336-623-9711 x1712429
UNC Health Southeastern	UNC Health Southeastern Health Information Management 300 W 27th Street, Lumberton, NC 28358 (fax): 910-671-5349 (teléfono): 910-671-5539  For radiology film <u>only</u> : UNC Health Southeastern Medical Imaging Department (fax): 910-671-5209 (teléfono): 910-671-5054
UNC Health Wayne	Wayne UNC Health Care Health Information Management 2700 Wayne Memorial Drive, Goldsboro, NC 27534 (fax) 919-587-2975; (teléfono) 919-731-6117  For radiology film <u>only</u> :





### Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

	Wayne UNC Health Care, Radiology Department 2700 Wayne Memorial Drive, Goldsboro, NC 27534 (teléfono): 919-731-6013
UNC Hospitals	Mailing address only: UNC Health Information Management Attn: Release of Information 600 Eastowne Drive, 3 <sup>rd</sup> Floor, Chapel Hill, NC 27514 (fax) 984-974-0471; (teléfono) 984-974-3226 Email: <a href="mailto:relmedinfo@unchealth.unc.edu">relmedinfo@unchealth.unc.edu</a>  Walk in drop off location only: UNC Hospitals Health Information Management 1101 Weaver Dairy Road, Suite 106 Chapel Hill, NC 27514  For radiology film only: UNC Hospitals Radiology Department (fax) 984-974-8814; (teléfono) 984-215-5759 Email: <a href="mailto:FILMmail@unchealth.unc.edu">FILMmail@unchealth.unc.edu</a>
UNC Physicians Network	Return directly to UNC Physicians Network Clinic

