



1728 Fordham Blvd. 151 Rams Plaza Chapel Hill, NC 27514 Ph: (919) 968-1985 F: (919) 942-0038

### Autorizacion para Informacion Publica

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Chart #: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo al Doctor de la Familia de Carolina del Norte, P.A. (El Doctor de la Familia)** a dar informacion de salud protegida a nombre del paciente mencionada arriba a las personas mencionadas abajo. El proposito es para informar al paciente y otros de acuerdo con las instrucciones del paciente.

El doctor de la Familia puede dejar mensajes (para recordar citas, resultados de laboratorio o rayos x) en la maquina de mensajes de mi telefono en mi casa. (ok to leave message at home)  Si  No

El Doctor de la Familia puede dejar mensajes (para recordar citas, resultados de laboratorio o rayos x) en mi correo personal de mi telefono en mi trabajo. (ok to lv message at work)  Si  No

Actualmente no tengo maquina para mensajes en mi casa o correro podria dejar mensajes en el. (no answer machine at present but TFD could leave message when I get one)  Si  No

El Doctor de la Familia puede dejar mensajes para recordar citas con otros en mi casa. (ok to leave messages with others in my home)  Si  No

Si es necesario, El Doctor de la Familia puede hablar con mi esposo/a u otro/a de confianza acerca de mi condicion medica y/o la informacion de mi cuenta. El nombre de la persona es \_\_\_\_\_ (if necessary TFD may talk to my spouse)  Si  No

Si es necesario, El Doctor de la Familia puede hablar con mis padres acerca de mi condicion medica y/o la informacion de mi cuenta. Los nombres de mis padres son: \_\_\_\_\_ (if necessary TFD may talk to my parents)  Si  No

Si es necesario, El Doctor de la Familia puede hablar con quien me cuida acerca de mi condicion medica y/o la informacion de mi cuenta. El nombre de quien mi cuida es \_\_\_\_\_ (if necessary TFD may talk to my caretaker)  Si  No

El Doctor de la Familia no puede discutir mi condicion medica con \_\_\_\_\_ (may not discuss my conditon with)

Peticiones adicionales: \_\_\_\_\_

#### Derechos del Paciente

Yo comprendo que tengo el derecho de cambiar `esta autorizacion en cual quier momento y que tngo el derecho de inspeccionar o copiar la informacion de salud protegida y que sera revelado como esta `descrito en `este documento enviando notificacion escrita a: Administrator, 151 Rams Plaza, Chapel Hill, N.C. 27514. Comprendo que cual quier cambio en `esta autorizacion es efectiva desde la fecha escrita en adelante.

Yo comprendo que informacion usada o `revelada como resultada de `esta autorizacion puede ser sujeta a cerrarla por el recipiente y posiblemente no sera `protegida por la ley del estado o `federal.

Yo comprendo que tengo el derecho de negarme a firmar `esta autorizacion y que mi tratamiento no sera condicionado sobre mi firma. Esta autorizacion estara en efecto hast que sea revocada por el/la paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente , Padres `o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**The North Carolina Family Doctor, P.A.**  
1728 Fordham Blvd. 151 Rams Plaza  
Chapel Hill, NC 27514

## **Formulario de Consentimiento de Tratamiento**

Por este medio, voluntariamente doy mi consentimiento para examen médicos, tratamientos y procedimientos cuales sean considerados necesarios por el proveedor de salud. Incluyendo examen del VIH, laboratorios y rayos-x.

Entiendo que mi información medica es estrictamente confidencial y esta protegida por Estatuto General 130A-143 de Carolina del Norte y no me dan garantías con respecto a los resultados de los exámenes, tratamientos o procedimientos.

Mi firma reconoce que me han dado la oportunidad para preguntar preguntas sobre este formulario de consentimiento y la oportunidad de rechazar los servicios.

---

Firma del Paciente

---

Fecha