

**Wilmington Health Associates  
Carolina OB/GYN  
The Children's Clinic**

**AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MEDICA**

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y es pedida para confirmar mis deseos. Yo entiendo que Wilmington Health Associates, Carolina OB/GYN, y The Children's Clinic no determinara el tratamiento medico si firmo esta autorización. Yo entiendo que información revelada a mi familia/amigos/as puede ser revelada por ellos.

Yo entiendo que yo puedo revocar o cambiar esta autorización en cualquier momento con dar un aviso en escrito de mi revocación a la oficina de contacto enlistada abajo de esta forma, pero no afectará cualquier información dada antes de la notificación de revocación.

**Sección A: Información del paciente** Numero de Cuenta \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

**Sección B: Información Medica Para ser Usada o Discutida**

Yo doy permiso para que se discuta mi información medica con los siguientes familiares o amigos/as:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo doy permiso para que la siguiente información medica sea discutida:

**ELIJA UNO:**

- Toda mi información medica  
 Información Especifica \_\_\_\_\_

**Sección C: Espiración**

Esta autorización espirara:

**ELIJA UNO:**

- Dos años despues de mi muerte  
 A los 18 años (menores solamente)  
 Otro \_\_\_\_\_

**Sección D: Telefono**

Yo doy permiso para que usted dejé información medica con respecto a mi salud o mis citas en la siguiente maquina de contestar. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Yo reconosco que he recibido el Aviso de las Practicas de Privacidad de Wilmington Health Associates, Carolina OB/GYN y The Children's Clinic. Yo he tenido la oportunidad de leer y considerar los contenidos de este aviso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente Firma del Representante Personal  
\_\_\_\_\_  
Fecha Relación al Paciente

**USED PUEDE NEGARSE A FIRMA ESTA AUTORIZACIÓN**

Oficina de Contacto: WHA Privacy Officer, 1202 Medical Center Drive, Wilmington, NC 28401  
Telefono: 910-796-7701 Fax: 910-341-3449 Correo Electronico: [privacy@wilmingtonhealth.com](mailto:privacy@wilmingtonhealth.com)