

# Sistema de Salud WellStar

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PHI Y/O REVELACIÓN

Por favor  la instalación apropiada:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital Kennestone | <input type="checkbox"/> Hospital Cobb     | <input type="checkbox"/> Grupo Médico: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Hospital Windy Hill | <input type="checkbox"/> Hospital Paulding | <input type="checkbox"/> Hospital Douglas (Nombre de la Consulta) |
| <input type="checkbox"/> Cuidado en el Hogar | <input type="checkbox"/> Hospicio          | <input type="checkbox"/> Otro: _____                              |

Por favor complete la siguiente sección (imprente claramente)

Apellido del paciente,	Nombre,	Inicial (Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento (Mes/día/año)
Dirección/#Apt. (Incluya Dirección Postal Completa)			# de Archivo Médico (si lo sabe)
Ciudad	Estado	Código Postal	# de Teléfono: / # de Teléfono Alternativo:

### REVÉLESE INFORMACIÓN A:

Nombre de La Persona u Organización que Recibe la Información	# de Teléfono:	
Dirección (Incluya Dirección Postal Completa)	# de local / # Apt. / # Buzón:	
Ciudad	Estado	Código Postal

PERSONA(S) /ORGANIZACIÓN(ES) AUTORIZADA(S) A HACER REVELACIONES: \_\_\_\_\_

FECHA(S) PEDIDA(S): Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE INFORMACIÓN A SER USADA y/o REVELADA:

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Archivo Médico Completo            | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de Radiología   | <input type="checkbox"/> Resumen de Dada de Alta       | <input type="checkbox"/> Resumen           |
| <input type="checkbox"/> Archivo Completo de Facturación    | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de Laboratorios | <input type="checkbox"/> Todo Reporte Diagnóstico      | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Consulta(s)            | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de Patología    | <input type="checkbox"/> De Historial y Reporte Físico |  |
| <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ |   |  |  |

### PROPÓSITO ESPECÍFICO DEL PEDIDO:

- |   |  |                                   |                                       |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A Pedido del Individuo                 | <input type="checkbox"/> Refiero/Segunda Opinión | <input type="checkbox"/> Escuela  | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> A Pedido del Sistema de Salud WellStar | <input type="checkbox"/> Seguro                  | <input type="checkbox"/> Mercadeo | <input type="checkbox"/> Empleador    |
| <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____     |  |                                   |                                       |

Entiendo que una vez la anterior información sea revelada, podrá ser revelada de nuevo y no podrá ser protegida por Leyes y Reglamentos Estatales y Federales de Privacidad. Entiendo que WellStar podrá recibir renumeración de una tercera parte, si el propósito de esta autorización es para actividades de mercadeo. Si esta autorización fue pedida específicamente por WellStar, entiendo que si me rehúso a firmar esta autorización WellStar no usará mi rehúso como condición de tratamiento, pago, o matriculación/elegibilidad para beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, al someter un pedido escrito a WellStar, provisto que tal revocación no será vigente con respecto a cualquier uso o revelación hecha por WellStar basándose en esta autorización previa a la fecha en que WellStar reciba mi revocación. La presente autorización se vence en: {fecha o evento}: \_\_\_\_\_

Por favor indique fecha específica de vencimiento

Fecha de Autorización

Nombre en Letra Imprenta

Firma del Paciente

Nombre del Representante Personal Autorizado en Letra Imprenta

Firma del Representante Personal Autorizado\*

\* Por favor indique su relación con el paciente