

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre anterior, si corresponde: _____ Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular/casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

1. WELLSTAR HEALTH SYSTEM:

Autorizo a los representantes de la siguiente institución o instituciones a divulgar la información de salud del individuo antes mencionado tal como se indica a continuación (marque uno o más):

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Atlanta Medical Center Downtown (cerró el 11/1/22) | ☐ Medical College of Georgia | ☐ Sylvan Grove Hospital |
| ☐ Atlanta Medical Center South (cerró el 11/1/22) | ☐ North Fulton Hospital | ☐ West Georgia Medical Center |
| ☐ Cobb Hospital | ☐ Paulding Hospital | ☐ Windy Hill Hospital |
| ☐ Douglas Hospital | ☐ Roosevelt Warm Springs | ☐ Children's Hospital of Georgia |
| ☐ Kennestone Regional Medical Center | ☐ Spalding Regional Hospital | ☐ Todas las ubicaciones |

☐ Wellstar Medical Group - Nombre de la práctica: _____ Lugar de la práctica: _____

☐ Otra instalación de Wellstar (especifique el nombre de la instalación): _____

2. A QUIÉN PUEDE SER DIVULGADA MI INFORMACIÓN MÉDICA:

Autorizo que la información de salud descrita a continuación en este formulario pueda ser divulgada a la(s) siguiente(s) entidad(es) individuo(s) (incluya el nombre, la dirección y cualquier otra información necesaria para identificar a la persona o personas a quienes enviar la información solicitada en el método especificado a continuación en la sección 3):

(marque cualquier casilla que corresponda)

- ☐ A mi en la dirección indicada arriba
- ☐ A otra persona o a mi en una dirección diferente a la que se indica arriba (complete toda la información a continuación si esta casilla está marcada)

Nombre: _____

Dirección: _____

Estado, Ciudad, Código postal: _____

Fax/Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

3. INSTRUCCIONES DE DIVULGACIÓN:

- ☐ Por favor, envíe mi información de salud a través de MyChart (sin costo):

Debe tener una cuenta activa de MyChart. Si no tiene una cuenta activa, vaya a este sitio web para activar: mychart@wellstar.org y haga clic en Registrarse (no tengo un código). Puede llamar al servicio de asistencia de MyChart al 470-644-0419 con cualquier pregunta.

Los registros están disponibles en MyChart si fue atendido en estas prácticas afiliadas a Wellstar Medical Group

- Desde diciembre de 2013 hasta el presente en el Kennestone Regional Medical Center
- Desde abril del 2014 hasta la actualidad en estos hospitales: Cobb, Douglas, Paulding y Windy Hill
- Desde marzo del 2018 hasta la actualidad en estos hospitales: Atlanta Medical Center Downtown and South, North Fulton, Spalding, Sylvan Grove y West Georgia.



- ☐ Por favor envíe mi registro a través de eDelivery. Recibiré un correo electrónico con instrucciones sobre cómo acceder a sus registros.
- ☐ Por favor envíe por fax mi información de salud a mi proveedor de atención médica. El envío de faxes está restringido solo a solicitudes de continuidad de atención.
- ☐ Me gustaría recoger mi información de salud en persona. Si alguien más que usted planea recoger, documente el nombre de la persona:

-
- ☐ Por favor envíe mi información de salud por correo electrónico a la dirección identificada en la Sección 2 de este formulario
 - ☐ Otro (identifique la manera específica (forma / formato / método) en la que desea que se transmita la información de salud a continuación)
-
-

4. PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN:

- ☐ Uso personal
 - ☐ Seguro de salud
 - ☐ Discapacidad
 - ☐ Abogado / Legal
 - ☐ Continuidad de cuidado
 - ☐ Otro (identifique el propósito de la divulgación a continuación):
-
-
-

5. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD A SER DIVULGADA:

Información	Fechas	Información	Fechas
☐ Notas de consultorio		☐ Historial médico y examen físico	
☐ Informes operativos		☐ Consultas	
☐ Reportes patológicos		☐ Resumen del alta	
☐ Informes ECG / Cardiología		☐ Resultados del laboratorio	
☐ Registros del Departamento de Emergencia		☐ Solo reporte de radiología	
☐ Registros de Facturación		☐ Imágenes de radiología en CD	
☐ Expedientes Médicos Clínicos Resumen*		☐ Anotaciones y resultados de las pruebas genéticas / ADN	
☐ Registros Médicos Clínicos Completos			
☐ Conjunto de registros designado**			

*Resumen de mi información de salud (la información necesaria para la continuidad de la atención incluye notas del médico, registros de la sala de emergencias, resultados de pruebas, informes de radiología).

**El conjunto de registros designado incluye, entre otros, registros clínicos y financieros.

6. EXPIRACIÓN DE AUTORIZACIÓN:

Salvo que solicite lo contrario por escrito, esta autorización expirará en un año a partir de la firma de este documento.

7. DERECHO DE REVOCAR LA AUTORIZACIÓN:

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación por escrito por correo electrónico a ROI_EPIC@wellstar.org, o por correo a la atención de HIM - Release of Information, 1800 Parkway Place, Marietta, GA 30067. Entiendo que la revocación no se aplicará a ninguna información de salud que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. También entiendo que una revocación no es efectiva con respecto a las acciones que Wellstar ha tomado en base a una autorización previa, o cuando la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la ley aplicable otorga a la aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza o la póliza misma.

8. TARIFAS:

Entiendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobren ciertas tarifas razonables basadas en costos por la copia y provisión de registros de pacientes. Si tales tarifas son aplicables a mi solicitud, seré responsable de su pago.

9. NEGACIÓN A AUTORIZAR EL USO Y/O DIVULGACIÓN:

Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información anterior es voluntario. Entiendo que Wellstar no puede condicionar mi tratamiento, pago de atención médica y/o inscripción o elegibilidad para beneficios a mi firma de esta autorización, excepto en circunstancias limitadas. Específicamente, entiendo que Wellstar Health System puede negarse a tratarme si me niego a firmar este formulario en los siguientes casos: (1) si se me ha pedido que firme este formulario para autorizar la divulgación de mi información de salud para fines relacionados a la investigación, el tratamiento estaría relacionado con un proyecto de investigación y esta autorización es para el uso o la divulgación de mi información de salud para dicha investigación, o (2) el tratamiento tendría el único propósito de crear información de salud para divulgarla a un tercero (como una prueba de detección de drogas previa al empleo).

10. NUEVA DIVULGACION:

Entiendo que si mi información médica se divulga a una parte que no sea un proveedor de atención médica, un plan de salud o una cámara de compensación de atención médica sujeta a las normas federales de privacidad, es posible que mi información médica divulgada de conformidad con esta autorización ya no esté protegida por las normas federales de privacidad a menos que tales regulaciones federales de privacidad especifiquen lo contrario.

11. DIVULGACIÓN Y RENUNCIA:

Libero a Wellstar Health System, a cada una de las instalaciones de Wellstar Health System marcadas o identificadas anteriormente y a sus funcionarios, fideicomisarios, agentes y empleados de todas y cada una de las responsabilidades, daños y reclamos que puedan surgir de la divulgación de la información de salud autorizada por mi.

12. INFORMACIÓN DE SALUD DELICADA:

Si la información de salud que he solicitado que divulgue Wellstar Health System contiene información psiquiátrica o psicológica privada relacionada con el tratamiento de enfermedades físicas y/o mentales, dependencia química o abuso de alcohol, o pruebas o tratamiento de cualquier enfermedad transmisible o infecciosa como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia (ARC por sus siglas en inglés), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad venérea, tuberculosis, o hepatitis (colectivamente, "Información de salud delicada"), autorizo la divulgación de dicha Información de salud delicada y renuncio a cualquier privilegio relacionado con dicha información con el propósito de divulgarla a la parte o partes autorizadas anteriormente.

Indico mi conformidad con esta Sección 12 al poner mis iniciales aquí: _____

13. CUMPLIMIENTO DE LA LEY:

Wellstar se adhiere estrictamente a la ley aplicable y a las preferencias de privacidad de sus pacientes para salvaguardar la privacidad y seguridad de la información de salud. Los registros proporcionados de conformidad con una solicitud no incluirán información cuya divulgación esté prohibida de conformidad con las preferencias de privacidad identificadas y/o las leyes federales y estatales aplicables, incluidas, entre otras, HIPAA y la Ley de curas del siglo XXI. Dependiendo de las circunstancias, la información proporcionada también puede no incluir cierta información que represente un riesgo para los pacientes y/u otras personas, de acuerdo con la ley aplicable y los estándares éticos.

Firma del paciente (o Representante legal del paciente)

Fecha

Hora

Descripción de la autoridad para actuar por el paciente

NOTE: A COPY OF THIS COMPLETED, SIGNED, AND DATED FORM MUST BE PROVIDED TO THE PATIENT AND/OR THE PATIENT'S REPRESENTATIVE, AND A COPY MUST BE PLACED IN THE PATIENT'S MEDICAL RECORD.