

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

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

Teléfono celular/casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

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, Atlanta Medical Center South, Cobb Hospital, Douglas Hospital, Wellstar Medical Group - Nombre de la práctica: _____, North Fulton Hospital, Kennestone Regional Medical Center, Paulding Hospital, Spalding Regional Hospital, Sylvan Grove Hospital, West Georgia Medical Center, Windy Hill Hospital, Todas las localizaciones, Lugar de la práctica: _____

2. 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 estos lugares o las Wellstar Medical Group prácticas afiliadas: -- 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. Mi correo electrónico es: _____ Recibirá 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. Número de fax: _____ 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 a- Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

3. PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN:

- Uso personal, Seguro de salud, Discapacidad, Abogado / Legal, Continuidad de cuidado, Otro: _____

4. EXPIRACIÓN DE AUTORIZACIÓN:

Salvo que solicite lo contrario por escrito, esta autorización expirará el _____. Si no especifico una fecha o momento (insete fecha o evento) de expiración, esta autorización expirará a los noventa (90) días desde la fecha en que fue firmada.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA - página 2

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

- Registro médico completo (Por favor, especifique las fechas del servicio): _____
- Resumen de mi información de salud (información necesaria para la continuidad de la atención: incluye notas del médico, registros de la sala de emergencias, resultados de las pruebas, informes de radiología)
- Parte del registro médico (Por favor, especifique los registros a continuación):

<u>Información</u>	<u>Fechas</u>	<u>Información</u>	<u>Fechas</u>
<input type="checkbox"/> Historial médico y examen físico	_____	<input type="checkbox"/> Notas de consultorio	_____
<input type="checkbox"/> Consultas	_____	<input type="checkbox"/> Informes operativos	_____
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	_____	<input type="checkbox"/> Reportes patológicos	_____
<input type="checkbox"/> Solo reporte de radiología	_____	<input type="checkbox"/> Informes ECG/Cardiología	_____
<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología en CID	_____	<input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio	_____
<input type="checkbox"/> Registro de Departamento de Emergencia	_____	<input type="checkbox"/> Registros de Facturación	_____
<input type="checkbox"/> Todos: _____		Por favor, especifique las fechas del servicio: _____	

6. DERECHO DE REVOCAR LA AUTORIZACIÓN:

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación por escrito al/a los Departamento(s) de gerencia de la información de salud de la institución o instituciones de Wellstar Health System seleccionados previamente en este documento. Comprendo que la revocación no aplicará a cualquier información de salud que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

7. TARIFAS:

Comprendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobre una tarifa por la copia de los registros del paciente y yo seré responsable del pago de dichas tarifas. El programa de tarifas puede verse en dch.georgia.gov/medical-records-retrieval-rates.

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

Comprendo que autorizar el uso o divulgación de la información mencionada anteriormente es voluntario. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento de atención médica. Sin embargo, si se me ha pedido firmar este formulario para autorizar la divulgación de mi información de salud para propósitos relacionados con la investigación o para otros fines, comprendo que Wellstar Health System puede negarse a tratarme si me rehusó a firmar esta autorización sólo si: (1) el tratamiento puede estar relacionado a un proyecto de investigación y esta autorización es para el uso o divulgación de mi información de salud para dicha investigación; o el tratamiento se realizaría con el único propósito de crear información de salud para la divulgación aun tercero (como un análisis de drogas previo a la contratación).

9. NUEVA DIVULGACIÓN:

Comprendo que, si mi información de salud es divulgada a un tercero aparte del proveedor de atención médica, plan de salud o cámara de compensación de atención médica sujeta a las regulaciones federales de privacidad, mi información de salud divulgada conforme a esta autorización ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.

10. DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN:

Si la información de salud que he solicitado a Wellstar Health System que divulgue contiene alguna información psiquiátrica o psicológica privilegiada relacionada al tratamiento de enfermedades mentales y/o físicas, farmacodependencia o alcoholismo, o examen o tratamiento de cualquier enfermedad infecciosa tales como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ARC, por sus siglas en inglés), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad venérea, tuberculosis o hepatitis, por el presente renuncio a cualquier privilegio relacionado con dicha información para el propósito o propósitos de divulgar esta información a la parte o partes antes autorizadas.

También libero a Wellstar Health System, cada una de las instituciones de Wellstar Health System enumeradas anteriormente y sus funcionarios, fideicomisarios, agentes y empleados de cualquier y todas las responsabilidades, daños y reclamos, que pueden surgir de la divulgación de la información de salud antes autorizada por mí.

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.