



For Internal Purposes

Account Number: _____

Medical Record Number: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Número de seguridad social (sólo los últimos 4 dígitos): _____

Nombre anterior, si corresponde: _____

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

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____

1. INSTITUCIÓN / INSTITUCIONES DE 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
- Atlanta Medical Center South
- Cobb Hospital
- Douglas Hospital
- North Fulton Hospital
- Kennestone Hospital
- Paulding Hospital
- Spalding Regional Hospital
- Sylvan Grove Hospital
- West Georgia Medical Center
- Windy Hill Hospital
- WellStar Medical Group
- Nombre(s) del proveedor: _____
- Otro: _____

2. PARTE RECEPTORA

Por favor, envíe mi información de salud a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax (Sólo el proveedor de atención médica): _____

Me gustaría recoger mis registros médicos en persona.

Autorizo a _____ para que recoja mis registros médicos en persona.
(Nombre de la persona autorizada a recibir el registro)

3. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD A SER DIVULGADA

Registro médico completo *(Por favor, especifique las fechas del servicio)*

o

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"/> Informes patológicos	_____
<input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio	_____	<input type="checkbox"/> Informes ECG	_____
<input type="checkbox"/> Radiografías	_____	<input type="checkbox"/> Información de VIH / SIDA	_____
<input type="checkbox"/> Tratamiento de drogas o alcoholismo	_____	<input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental	_____

Otro *(Por favor, especifique las fechas del servicio):* _____

Debe marcar esta caja si también solicita Registros de facturación



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (página 2)

4. PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN

- Mis registros personales Fiscal Discapacidad
 Otro: _____

5. EXPIRACIÓN DE AUTORIZACIÓN:

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

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 a/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 www.wellstar.org.

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 rehúso 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 (2) 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 (V11T), enfermedad venérea, tuberculosis o hepatitis, por la 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

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.