

Devolver a:  
**Northeast Georgia Medical Center, Inc.**  
Health Information Management  
743 Spring Street, NE  
Gainesville, Georgia 30501  
(770) 219-0500 Fax (770) 219-6903

**Formato solicitado:**  
 Impresión  
 Memoria USB  
 Portal de los pacientes

**Autorización de divulgación de información médica confidencial**

**Los servicios médicos proporcionados por el Northeast Georgia Medical Center no están condicionados a esta autorización**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ N.º del S.S. \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono del paciente \_\_\_\_\_  
Fechas del tratamiento/examen que se van a divulgar \_\_\_\_\_  
Tipo de visita:  Cirugía para paciente hospitalizado  Paciente ambulatorio  ER  
 Prueba para paciente ambulatorio  Terapia  Otra: \_\_\_\_\_

**Esta información se va a divulgar a:**

Nombre \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ **Propósito de la divulgación (marque uno)**  
Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_  Seguro  Personal  
Número de teléfono \_\_\_\_\_  Legal  Atención continua  
Número de fax \_\_\_\_\_  Otro, especifique \_\_\_\_\_

**Los registros se enviarán por fax solo para atención médica urgente.**  
*La información divulgada puede estar sujeta a redivulgación por el destinatario y ya no estará protegida por las Protecciones de privacidad.*

**Partes del expediente que se necesitan - Marque las secciones que aplican:**  Todo el expediente  Solo el historial de visitas  
 Resumen del expediente clínico  Expediente de la sala de emergencias (ER)  Consultas  Otro: \_\_\_\_\_  
 Formulario de consentimiento (condición del tratamiento)  Expedientes de terapia  Notas de progreso del médico \_\_\_\_\_  
 Resumen del alta  Informe de radiología  Órdenes del médico \_\_\_\_\_  
 Historial y examen físico  Radiografías/CD  Pruebas/información de VIH \_\_\_\_\_  
 Informe de la operación  Mamografía  Resultados del laboratorio \_\_\_\_\_  
 Informe de patología  Electrocardiograma (EKG)  Resultados de pruebas de alcohol/drogas \_\_\_\_\_

**Las radiografías, los discos y la facturación se deben solicitar y recoger en el departamento específico.**

Por este medio autorizo Northeast Georgia Medical Center ó a IOD para divulgar/revelar expedientes médicos y otra información obtenida en el curso de mi diagnóstico ó tratamiento. Acepto pagar los cargos de copago si aplican para uso legal, de seguros ó personal.  
Por este medio eximo a Northeast Georgia Medical Center ó a IOD de cualquier responsabilidad que pueda surgir de esta divulgación de información médica confidencial ó que pueda surgir del uso de la información incluida en la información divulgada. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización al proporcionar un aviso por escrito de mis intenciones. A menos que lo retire, este consentimiento vence en noventa (90) días a partir de la fecha en que se firmó.

- Esta información puede incluir información médica/quirúrgica, psiquiátrica, de abuso de sustancias e información de VIH/SIDA.
- Yo autorizo que esta información se envíe por fax al Proveedor de Atención médica que la solicita.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Representante del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Autoridad para firmar en nombre del paciente autorizada por \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_  
(Una identificación con fotografía ó la firma del paciente se utilizó para verificar la identidad)

**Tenga en cuenta: los expedientes solicitados para atención continua se enviarán por correo/fax directamente al médico/proveedor de atención médica.**

**OFFICE USE ONLY**  
 Paid on site  
Paid by:  
 Cash  Card  Check  
 Send invoice  
Log ID # \_\_\_\_\_  
Completed by: \_\_\_\_\_  
 Scanned



**AUTHORIZATION FOR  
RELEASE OF INFORMATION**

FRONT



PATIENT IDENTIFICATION:

## **FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE TARIFAS**

Hay cuotas relacionadas con las copias de los expedientes médicos. Son reguladas por el Código Oficial de Georgia.

Sus registros médicos serán procesados una vez se complete el Formulario de autorización junto con este formulario, el Formulario de reconocimiento de asignación de tarifas. Debe llenar ambos formularios antes de devolvérselos. Los formularios incompletos no serán procesados.

### **TARIFAS**

(Registros impresos y microfilm)

\$0.36	por página para las páginas 1 a 200
\$0.12	por página para las páginas a partir de la 200
\$9.70	Tarifa para certificación, si se solicita

(El cargo máximo para los expedientes es de \$400.00)

Pagos recibidos: (Marque cómo desea pagar):

Tarjeta de débito/crédito     Cheque personal

Nombre del paciente (en letra DE MOLDE): \_\_\_\_\_

Firma del paciente o su representante: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó: \_\_\_\_\_