

**Consent to Obtain Medical Records:**

I hereby authorize The Sleep Disorders Center of Northeast Georgia Medical Center to obtain medical records from or release medical records to any other physician, home healthcare company, insurance company or medical facility necessary in the course of my treatment.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Consent to Release Medical Information and/or Records to a Spouse, Family Member or Significant Other:**

I hereby authorize The Sleep Disorders Center of Northeast Georgia Medical Center to release any information contained in my medical record to the person or persons listed:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**I do not authorize any information to be released to anyone other than myself:**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**I hereby authorize messages to be left on a voice mail system or answering machine.** Please indicate the number(s) staff can utilize to leave a message for you:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

May we contact you at work?  Yes  No

**I acknowledge I have read the above, am giving my consent to the above and am acknowledging I have been informed of my rights to privacy:**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**SLEEP DISORDERS CENTER  
CONSENT / AUTHORIZATIONS**



PATIENT IDENTIFICATION:

**Consentimiento para obtener archivos médicos:**

Por este medio autorizo al Centro de Trastornos del Sueño del Centro Médico Northeast Georgia para obtener archivos médicos de cualquier otro médico o centro médico necesarios en el curso de mi tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para liberar información médica y/o archivos a un(a) cónyuge, miembro de la familia o compañero(a):**

Por este medio autorizo al Centro de Trastornos del Sueño del Centro Médico Northeast Georgia para liberar cualquier información contenida en mi archivo médico a la persona o personas listadas:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Yo no autorizo la liberación de información alguna a nadie excepto a mí mismo:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por este medio autorizo que se dejen recados en un sistema de correo vocal o máquina de contestar.** Por favor indique el (los) número(s) que el personal puede utilizar para dejar un recado para usted:

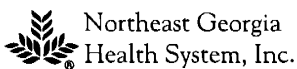
1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactarle al trabajo?  Sí  No

**Yo reconozco que he leído lo anterior, estoy dando mi consentimiento a lo anterior y estoy reconociendo que he sido informado de mis derechos a la privacidad:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**CENTRO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO  
CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIONES**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



FORMULARIO NGMC # C-138 (7/03)

C-138