

¿De qué paciente es la información médica que se está divulgando?

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL N.º DE SEGURO SOCIAL:	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¿Adónde debemos enviar los expedientes médicos ó **¿De quién debemos solicitarlos?**

SITIO DE NGHS	NOMBRE DE CONTACTO		Si estamos solicitando registros, por favor envíelos a:	
NOMBRE / ORGANIZACIÓN			FAX:	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	Atención:
TELÉFONO	FAX (sólo proveedores de atención médica)			LOS ESTUDIOS EXTERNOS PUEDEN ENVIARSE POR CORREO A:

¿Qué expedientes ó informes se deben divulgar?

FECHAS DE SERVICIO _____

Informe de la dada de alta
 Antecedentes médicos y examen físico
 Consultas
 Notas clínicas
 Sinopsis / resumen
 Radiología
 Informes quirúrgicos
 Resultados de laboratorio
 Informes de patología
 Notas del Dept. de Emergencia
 Todos los expedientes
 Otro: _____
 Marque aquí si la divulgación debe incluir cualquier información psiquiátrica, de abuso de sustancias, genética y del VIH / SIDA (de lo contrario, se excluirán).

UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS A DIVULGARSE *(Por favor, marque todos los que correspondan)*

NGMC Gainesville
 NGMC Braselton
 NGMC Barrow
 Hospicio de cuidados terminales
 The Heart Center
 New Horizons
 NGPG (especifique el sitio): _____
 Otra: _____

¿Qué formato y método de entrega prefiere?

Formato: Papel
 CD / DVD
 Memoria USB
 Entrega electrónica
 Correo electrónico: _____

Método de entrega: Correo postal
 Recogerlo
 MyChart (portal del paciente)
 Fax (sólo para proveedores)
 Otro: _____

¿Cuál es el propósito de la divulgación de la información médica?

Seguro médico
 Personal
 Tratamiento
 Legal
 Otro: _____

Es posible que la información que se revele, el receptor la vuelva a revelar y ya no estará resguardada por las protecciones de privacidad, a excepción de la información sobre alcoholismo y drogadicción, según se define en 42 CFR Parte 2, y puede que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad [45 CFR Parte 164] de la Ley Federal de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), y la Ley Federal de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

Por el presente documento, autorizo a Northeast Georgia Health System o a sus socios comerciales a divulgar información del expediente médico u otra información obtenida en el trascurso de mi diagnóstico y/o tratamiento. Acepto pagar los costos de las copias que correspondan para usos legales, personales o del seguro.

Por el presente documento, libero al Northeast Georgia Health System o a sus socios comerciales de toda responsabilidad que pueda resultar de esta revelación de información médica confidencial, o que pueda surgir como resultado del uso de los datos contenidos en la información revelada. Entiendo que puedo cancelar esta autorización al presentar un aviso por escrito de mi intención de hacerlo. A menos que lo cancele antes, este consentimiento caducará en treinta (30) días a partir de la fecha de la firma.

- Esta información puede incluir información médica / quirúrgica, psiquiátrica, de abuso de sustancia, información genética e información del VIH / SIDA.
- Autorizo que esta información se pueda enviar por fax al proveedor de atención médica que lo solicita.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL _____
FECHA

SI LO FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, INDIQUE RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PACIENTE _____
FIRMA DEL TESTIGO (SI CORRESPONDE)

Para uso exclusivo de la oficina: Pagado por: Dinero en efectivo
 tarjeta de crédito
 Cheque
 Pagado en sitio Web
 Enviar ID# de registro de factura _____ Formulario llenado por: _____ Copia escaneada

Northeast Georgia Health System no es un proveedor de servicios de atención al paciente; en vez de ello, es una organización matriz de una familia de proveedores de atención filiales, que ofrece servicios de manejo de información médica por medio de su Departamento de Información de Salud.



PATIENT IDENTIFICATION



C-45 B

FORM # C-45 B (11/5/19)

**CONSENT FOR RELEASE
OF INFORMATION**

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Formulario de reconocimiento de asignación de tarifas

A fin de procesar su solicitud de información de expedientes médicos, necesitamos que llene este formulario en su totalidad (ambos lados).

Complete y devuelva el formulario junto con una copia de su identificación con fotografía o licencia para conducir a:

ENVÍELO POR CORREO POSTAL A
Health Information Management
743 Spring Street
Gainesville, GA 30501

ENTRÉGUELO EN
Health Information Management
3137 Frontage Road
Gainesville, GA 30504

FAX
(770) 219-6903

Precios para copias de registros médicos* para los pacientes	
Expedientes impresos:	
Precio fijo de reproducción	\$0.90
Precio adicional por página	\$0.05
Jump Drive (Memoria USB) o entrega	\$6.50
Precio de certificación	\$9.70
<i>El cargo máximo por la recuperación de expedientes es de</i>	<i>\$400.00</i>

Mi firma a continuación significa que he recibido _____ páginas de registros médicos de NGHS HIM o _____ (fecha).

El Departamento de Salud Comunitaria (Department of Community Health) de Georgia rige los precios asociados a la obtención de registros médicos y éstos NO se aplican cuando los expedientes se necesitan para la continuidad de la atención o para preparar o completar una solicitud para un programa de beneficios por discapacidad o para un programa de rehabilitación vocacional.

*Los precios asociados a la obtención de expedientes médicos para indemnización laboral pueden ser distintos a los anotados arriba.

PAGO Tarjeta de débito o crédito Cheque personal Dinero en efectivo

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE Ó DEL REPRESENTANTE

FECHA DE LA FIRMA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: