

**¿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

¿Solicitar registros?   ¿Enviar registros?

ENVIAR REGISTROS A	SOLICITAR REGISTROS DE	Si estamos solicitando expedientes, por favor envíelos a: FAX:	
SITIO DE NGHS	NOMBRE DE CONTACTO		
NOMBRE / ORGANIZACIÓN		Atención:	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	FAX (sólo proveedores de atención médica)		

**UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS A DIVULGARSE (Por favor, marque todo lo que corresponda)**

NGMC Gainesville  
  NGMC Braselton  
  NGMC Barrow  
  NGMC Habersham  
  NGMC Lumpkin  
  Hospicio de cuidados terminales  
  Georgia Heart Institute  
 New Horizons  
  Braselton Surgery Center  
  NGPG (especifique el sitio): \_\_\_\_\_  
  Neurological Center of North GA (sólo registros de facturación)  
  Otra: \_\_\_\_\_

**¿Qué expedientes ó informes se deben divulgar?**

**FECHAS DE SERVICIO** \_\_\_\_\_  Registro Resumen (Historial/Físico, Consultas, Quirúrgico, Radiología, Resumen de alta)

Resumen de la dada de alta  
  Antecedentes médicos y examen físico  
  Consultas  
  Informes de procedimientos/quirúrgico  
 Radiología  
  Resultados de laboratorio  
  Informes de patología  
  Notas de la sala de emergencias  
  Notas de la clínica  
  Cardiología  
 Radioterapia-Archivos Dicom (CT Structures, Plan, Dose DVH, PDF o Tx Plan)  
 Todos los registros  
  Conjunto de registros designado (Todos los registros médicos + Imágenes/facturación)  
  Registros de facturación  
 Otro: \_\_\_\_\_

**¿Qué formato y método de entrega prefiere?**

**Formato:**  Papel  
 CD / DVD  
 Memoria USB  
 Electrónico  
 MyChart Patient Portal\*  
 EHI Export\*\*

Esto sólo está disponible si tiene una cuenta NGHS MyChart (Llame al soporte de MyChart al 770-219-1963 / inicie sesión en <https://mychart.nghs.com/mychart/accesscheck.asp> para inscribirse)  
 \*\*Las exportaciones de EHI (información electrónica de salud) no están formateadas para uso humano y su uso depende del sistema que las recibe.

**Método de entrega:**  Correo postal  
 Recogerlo  
 Fax (sólo para proveedores)  
 Correo Electrónico

**¿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, VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.  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)**

**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.**



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:



## 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

<b>Precios para copias de registros médicos* para los pacientes</b>	
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	\$7.50
<b><i>El cargo máximo por la recuperación de expedientes es de</i></b>	<b>\$400.00</b>

Mi firma a continuación significa que he recibido \_\_\_\_\_ páginas de registros médicos de NGHS HIM (manejo de información médica) el día o \_\_\_\_\_ (fecha).

El Departamento de Salud Comunitaria (Department of Community Health) de Georgia rige los precios asociados a la obtención de expedientes 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.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: