TOBACCO FREE CAMPUS

¿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? o ❑ ¿Enviar registros?

ENVIAR REGISTROS A | SOLICITAR REGISTROS DE

SITIO DE NGHS | NOMBRE DE CONTACTO

NOMBRE / ORGANIZACIÓN

DIRECCIÓN | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO | FAX (sólo proveedores de atención médica)

Si estamos solicitando expedientes, por favor envíelos a:
FAX:

Atención:

LOS ESTUDIOS EXTERNOS PUEDEN ENVIARSE POR CORREO A:

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 - Informes y imágenes
❑ Radiología - Sólo Informes ❑ Resultados de laboratorio ❑ Informes de patología
❑ Radioterapia-Archivos Dicom (CT Structures, Plan, Dose DVH, PDF o Tx Plan) ❑ Notas de la sala de emergencias ❑ Notas de la clínica
❑ Cardiología ❑ Todos los registros ❑ Conjunto de registros designado (Todos los registros médicos + Imágenes/facturación)
❑ Otro: _____ ❑ Registros de facturación

¿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 electronica 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)**

Número de Intérprete: _____ **Firma de Intérprete:** _____

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.

Northeast Georgia Medical Center | Northeast Georgia PHYSICIANS GROUP | GEORGIA HEART INSTITUTE | Braselton Surgery Center

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

C-45 B

FORM # C-45 B (8/27/24)

CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION

Northeast Georgia Medical Center | Northeast Georgia PHYSICIANS GROUP | GEORGIA HEART INSTITUTE | Braselton Surgery Center | TOBACCO FREE CAMPUS

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Favor de tener en cuenta que si recibió servicios de imágenes, de sala de emergencias o de anestesia y necesita registros de facturación, deberá comunicarse con la entidad que brinda esos servicios profesionales en Northeast Georgia Medical Centers.

Para la facturación de médicos especialistas en imágenes, favor de comunicarse con:

- Gainesville Radiology Group, P.C. (Gainesville, Braselton, Barrow o Lumpkin) o
- South Georgia Radiology Associates (Habersham).

Para ***la facturación de médicos especialistas en sala de emergencias***, favor de comunicarse con Georgia Emergency Department Services.
Para ***los registros de facturación de anestesia de los servicios del anestesiólogo***, favor de comunicarse con:

- Anesthesia Associates of Gainesville, P.C. (Gainesville & Braselton),
- Resource Anesthesia, P.C. (Barrow), and
- Total Care Anesthesia Partners, LLC (Habersham).

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

EN PERSONA, ENTRÉGUELO A
Health Information Management
NGMC Main Campus, South
Patient Tower, Ground Floor
743 Spring Street
Gainesville, GA 30501

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	$7.50
El cargo máximo por la recuperación de expedientes es de	***$400.00***

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: