

¿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 - Informes e 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 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)

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.



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:



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
<i>El cargo máximo por la recuperación de expedientes es de</i>	\$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: