

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y EXPEDIENTES MÉDICOS

Authorization for Release of Medical Records and Information Gwinnett / Duluth

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento del paciente: Name of Patient: Patient's Date of Birth:

N.º de teléfono: Phone #:

Dirección Address:

Por la presente, autorizo a Northside Hospital, Inc. (incluidos Northside Hospital Gwinnett y Northside Hospital Duluth) a (marque la casilla correspondiente): Northside Hospital, Inc. (including Northside Hospital Gwinnett and Northside Hospital Duluth) is hereby authorized to (Please mark appropriate box):

- Revelar a O recibir de las siguientes personas, entidades o clases de personas o entidades (identifique con el nombre o una descripción general, e incluya la dirección, si la sabe): Release to OR Receive from the following person(s) or entity(ies) or class of person(s) or entity(ies) (Please identify by name or general description and provide address, if known):

La siguiente información médica confidencial relacionada con el paciente (marque las casillas correspondientes): The following protected health information regarding the patient (Please mark appropriate boxes(es)):

- Expediente médico completo Complete Medical Record
Solo análisis de laboratorio Labs only
Otro (especifique con claridad): Other (Please specify clearly):
Resumen del expediente médico (informes dictados por médicos e informes diagnósticos) Abstract of Medical Record (physician dictated reports & diagnostic reports)
Solo radiología Radiology only
Solo electrocardiograma EKG only

Para las siguientes fechas de servicio: For the following dates of service:

A menos que usted indique otra cosa, esta autorización incluye la revelación de toda la información y los expedientes médicos, incluyendo, entre otros, expedientes electrónicos y en papel, radiografías, videos y otros documentos, a excepción de lo que se señala abajo. Esta autorización incluye la revelación de toda información relacionada con el tratamiento o la remisión por consumo de sustancias, incluyendo las drogas y el alcohol, excepto para pacientes del Programa de Recuperación de Salud Conductual (Behavioral Health Recovery Program) de Northside Hospital. (Consulte la página 3 para ver más información). Si usted se ha hecho pruebas genéticas, por ejemplo, para el gen del cáncer de mama, es necesario un formulario de consentimiento aparte.

Unless you state otherwise, this authorization includes the release and disclosure of all medical records and information, including but not limited to, paper and electronic records, X-rays, films, and other documents, except as otherwise noted below. This authorization includes the release of any information regarding treatment or referral for substance abuse, including drugs and alcohol, except for patients treated at the Northside Hospital Behavioral Health Recovery Program. (See Page 3 for additional information). If you have received genetic testing, for example for the breast cancer gene, a separate consent form is required.

A menos que usted indique otra cosa marcando una o ambas casillas abajo, con esta autorización usted acepta que se revelen expedientes e información que podrían incluir (i) "información confidencial del VIH/Sida" o (ii) comunicaciones confidenciales sobre la salud mental entre el paciente y el profesional de la salud mental, y, además, renuncia efectivamente a las protecciones contra la revelación que podrían aplicarse. Según lo definen las leyes de Georgia, la "información confidencial sobre el VIH/Sida" debe incluir si el paciente se sometió a una prueba de VIH o si recibió asesoramiento sobre el VIH, incluso si el resultado de la prueba fuera negativo. NOTA: A menos que la ley lo permita, la revelación de la "información confidencial sobre el VIH/Sida" o de las comunicaciones confidenciales sobre salud mental solo la puede autorizar el paciente o una persona legalmente autorizada para tomar decisiones sobre la atención médica del paciente en vida, incluyendo un tutor legal, un representante de atención médica o el padre o la madre de un menor.



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y EXPEDIENTES MÉDICOS

Authorization for Release of Medical Records and Information
Gwinnett / Duluth

Unless you state otherwise by marking one or both boxes below, this authorization **includes** the release and disclosure of records and information which may include (i) **"HIV/AIDS confidential information"** and/or (ii) **privileged mental health communication** between the patient and a mental healthcare provider and **you affirmatively waive any protections from disclosure** that might otherwise apply. HIV/AIDS Confidential information is defined by Georgia law to include the fact that a patient has had an HIV test or has been counseled about HIV, even if the test is negative. **NOTE:** Unless otherwise permitted by law, the release of **"HIV/AIDS confidential information"** and/or **privileged mental health communication** can be authorized only by the patient or an individual who is legally authorized to make a living patient's healthcare decisions, including a legal guardian, health care agent, or parent of a minor.

- No** quiero que se revele "información confidencial sobre el VIH/Sida".
*I **object** to the release of "HIV/AIDS confidential information".*
- No** quiero que se revele ninguna **comunicación confidencial sobre la salud mental**, según las leyes de Georgia.
*I **object** to the release of any **privileged mental health communications** under the Georgia law.*

El propósito de la revelación que se solicita es **(describa el propósito de cada uso o revelación que se solicita):**
The purpose of the requested disclosure is (Please describe each purpose of the requested use or disclosure):

Esta autorización para revelar información médica confidencial tendrá vigencia hasta la **primera** de cualquiera de estas fechas:

(a) _____ **(en este espacio en blanco, puede incluir una fecha o un evento de vencimiento específicos, como la finalización de una demanda);** (b) la fecha en que anule por escrito esta autorización; o (c) tres (3) años a partir de la fecha en que firme esta autorización. Si ha firmado esta autorización en representación de un menor, esta vencerá cuando el niño cumpla 18 años, contraiga matrimonio o se emancipe, según las leyes de Georgia. *This authorization for the release of protected health information shall remain in effect until the **earlier** of any of the following dates:*

(a) (in this blank, you may include a specific expiration date or event, such as a conclusion of a lawsuit,); (b) the date I revoke this authorization in writing; or (c) three (3) years from the date I sign this authorization. If I signed this authorization on behalf of a minor, it will expire when the minor turns 18, marries, or becomes emancipated under Georgia law.

Nota: Lea AMBOS LADOS de este formulario y complete todas las líneas de abajo que correspondan con su firma, la fecha y la hora. Firmando esta autorización, indica efectivamente que (i) usted es el paciente O (ii) que el paciente está vivo y que usted está legalmente autorizado para tomar decisiones de atención médica por ese paciente, incluyendo la revelación de expedientes médicos.

Note: Please read BOTH SIDES of this form and complete all applicable lines below, with your signature, date and time. By signing this authorization, you affirmatively represent that (i) you are the patient OR (ii) the patient is alive and you are legally authorized to make his or her healthcare decisions, including the release of medical records.

Testigo
Witness

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado, incluyendo el tutor legal, el representante de atención médica o el padre o la madre del menor de edad
Signature of Patient or Legally Authorized Representative, including Legal Guardian, Health Care Agent, or Parent of Minor Child

_____ a. m./p. m. _____
Fecha Hora
Date Time

Nombre en letra de molde: _____
Print name:

Relación con el paciente: _____
Relationship to patient:

Intérprete (si corresponde). Nota para el personal: Si hubo interpretación telefónica, escriba el nombre de la empresa y el número de identificación del intérprete.
Interpreter (if applicable). Note to staff, if telephone interpretation provided, record name of company and interpreter ID number

Motivo por el que el paciente no puede firmar: _____
Reason patient unable to sign:

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y EXPEDIENTES MÉDICOS

Authorization for Release of Medical Records and Information
Gwinnett / Duluth

Entiendo que el tratamiento del paciente (yo o el paciente que se nombra arriba) en Northside Hospital no se verá afectado si me niego a firmar esta autorización. Además, entiendo que tengo derecho a anular esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo por las medidas que ya se hayan tomado por esta autorización o cuando la autorización se diera como condición para obtener una cobertura de seguro. *I understand that treatment of the patient (either myself or the patient named above) at Northside Hospital will not be affected if I refuse to sign this authorization. I also understand my right to revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has already been taken in reliance on it or if the authorization was provided as a condition of obtaining insurance coverage.*

Nota: Esta autorización se puede anular presentando una solicitud por escrito en Health Information Management, Northside Hospital, 1000 Medical Center Blvd., Lawrenceville, Georgia, 30046. **Note:** *This authorization can be revoked by submitting a written request to Health Information Management, Northside Hospital, 1000 Medical Center Blvd., Lawrenceville, Georgia, 30046.*

Nota: Para autorizar la revelación de notas de psicoterapia, se deberá completar otro formulario titulado **Autorización para revelar notas de psicoterapia**. Para autorizar la revelación del expediente médico del paciente del Programa de Recuperación de Salud Conductual de Northside Hospital, se deberá completar el otro formulario titulado **Autorización para revelar expedientes de consumo de alcohol y drogas del paciente**. **Note:** *To authorize the disclosure of psychotherapy notes, the additional form entitled Authorization for Release of Psychotherapy Notes will need to be completed. To authorize the disclosure of patient records from the Northside Hospital Behavioral Health Recovery Program, the additional form entitled Authorization for Release of Alcohol and Drug Abuse Patient Records will need to be completed.*

Entiendo que existe la posibilidad de que el receptor vuelva a revelar la información y los expedientes médicos, según esta autorización, en cualquier forma o medio provistos (incluyendo, entre otros, transmisión electrónica, copias impresas, CD, videos, memorias USB), y que dejen de estar amparados por las leyes o las normas de privacidad federales. Por la presente, eximo a Northside Hospital, Inc., a sus agentes y empleados de toda responsabilidad, obligación, daño y reclamo que puedan surgir si se revelan, se reciben o se vuelven a revelar estos expedientes médicos y la información incluida que he autorizado arriba. *I understand the potential that medical records and information disclosed pursuant to this authorization in whatever form and/or means provided (including, but not limited to, electronic transmission, paper copies, CDs, films, and flash drives) may be subject to re-disclosure by the recipient and will no longer be subject to protections under the federal privacy laws and regulations. I hereby release the Northside Hospital, Inc. and its agents and employees from any and all liabilities, responsibilities, damages, and claims which might arise from the release, receipt, and/or re-disclosure of these medical records and the information included I have authorized above.*

AVISO PARA LA AGENCIA O LA PERSONA QUE RECIBE *Notice To Receiving Agency Or Individual*

Revelar o recibir la información autorizada arriba no quita ningún privilegio ni derecho de confidencialidad sobre la información y no autoriza a volver a revelar la información. Este aviso también registrará si cualquier parte de la información revelada se relaciona con el tratamiento o la remisión para un tratamiento por consumo de sustancias que esté protegido por las normas federales de confidencialidad [Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.)].

Disclosure or receipt of the information authorized above does not remove any privilege or right of confidentiality with respect to the information and does not authorize re-disclosure of the information. If any of the disclosed information relates to treatment or referral for treatment for substance abuse which is protected by Federal confidentiality rules (42 C.F.R. Part 2), the following notice shall also apply.

Le revelaron esta información desde expedientes protegidos por las normas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del C.F.R.).

Las normas federales prohíben que usted vuelva a revelar esta información, salvo que lo haga con un consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece la información o según lo permita la Parte 2 del Título 42 del C.F.R. Una autorización general para la revelación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar judicialmente a un paciente que esté en tratamiento por consumo de alcohol o drogas.

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 C.F.R. Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosures of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 C.F.R. Part 2.

A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug patient.