



NH3831

NORTHSIDE HOSPITAL, INC.

English - Spanish - Korean

AFFIX PATIENT LABELS OVER THIS BOX

BAR CODE MUST FALL BETWEEN THESE LINES

Name of Patient: / Nombre del paciente: _____

Patient's Date of Birth: / Fecha de nacimiento del paciente: _____

Phone #: / N° de tel.: _____

Address: / Dirección: _____

I hereby authorize Northside to disclose my health information from the following facility/facilities as directed below: / Por medio de la presente, autorizo a Northside a dar a conocer mi información médica proveniente del/los siguientes centros de atención médica que se indican a continuación:

- Northside Hospital-Atlanta
 Northside Hospital-Forsyth
 Northside Hospital-Cherokee
 Northside Hospital Behavioral Health Services
 (Servicios para la salud del comportamiento de Northside Hospital)
- Northside Hospital-Gwinnett
 Northside Hospital-Duluth
 All hospital campuses / Todos los campus del hospital
- Other: / Otros: _____

I understand that in some instances my medical record may also include my health information from other healthcare facilities owned and/or operated by Northside Hospital, Inc. / Entiendo que en algunos casos mi historia clínica podrá incluir también mi información médica proveniente de otros centros de atención médica que pertenecen y/o son dirigidos por Northside Hospital, Inc.

The Northside Hospital Office Practice identified above is hereby authorized to (Please mark appropriate box): / Por la presente, el consultorio médico de Northside Hospital que se identifica arriba, está autorizado a (Marque el casillero que corresponde):

- 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): / Divulgar O Recibir de parte de la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es) o clase de persona(s) o entidad(es) (Identifíquelas por su nombre o mediante una descripción general y proporcione una dirección si la conoce): _____

The following protected health information regarding the patient (Please mark appropriate box(es)): / La siguiente información médica protegida que corresponde al paciente (Marque el/los casillero(s) que corresponde(n)):

- Complete Medical Record / Historia clínica completa
 Abstract of Medical Record (physician dictated reports & diagnostic reports) / Resumen de la historia clínica (los informes dictados por el médico y los informes diagnósticos)
 Labs only / Solo los análisis de laboratorio
 Radiology only / Solo Radiología
 EKG only / Solo ECG
 Billing Records / Registros de facturación
 Other (Please specify clearly): / Otro (Especifique claramente): _____

For the following dates of service:

Start Date: _____

End Date: _____

Para las siguientes fechas en que recibió el servicio:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

In the following format: Paper ElectronicNeed records certified: Yes / Sí No

En el siguiente formato: Papel Electrónico

La historia clínica debe estar certificada:

A menos que indique lo contrario, esta autorización incluye que se divulgue y comparta la **historia clínica e información en su totalidad** como por ejemplo la historia clínica digital e impresa, radiografías y otros documentos excepto que se notifique lo contrario a continuación: Esta autorización incluye su permiso para divulgar cualquier información referente a **tratamientos o derivaciones médicas por abuso de drogas y bebidas alcohólicas**, excepto para pacientes que hayan recibido tratamiento por abuso de drogas en el Programa de Rehabilitación del Departamento de Salud del Comportamiento de Northside Hospital. (Para más información, vea la página 2). Si le han hecho pruebas genéticas, como por ejemplo, pruebas de detección del gen de cáncer de mama, probablemente necesite completar otro formulario por separado.

A menos que indique lo contrario al marcar uno o ambos casilleros a continuación, este documento autoriza la difusión y divulgación de la historia clínica e información que podrá incluir también (i) «información confidencial sobre VIH/SIDA» y/o (ii) **comunicaciones confidenciales sobre salud mental** entre el paciente y el proveedor de atención de salud mental, y asimismo usted **confirma que rechaza cualquier protección vinculada a la divulgación de información** que aplicaría en caso contrario. El modo en que las leyes de Georgia definen a la **información confidencial sobre VIH/SIDA** incluye el hecho de que un paciente se haya sometido a un análisis de VIH o haya recibido asesoramiento con respecto al VIH, aunque tal análisis haya arrojado un resultado negativo. **Nota:** A menos que lo permita la ley, únicamente el paciente o la persona que está legalmente autorizada a tomar decisiones sobre la salud del paciente (el tutor, representante de asuntos médicos o padre de un menor) puede autorizar a que se divulgue «información confidencial sobre VIH/SIDA» y/o las **comunicaciones confidenciales sobre salud mental**.

I **object** to the release of "HIV/AIDS confidential information". / Me **opongo** a que se dé a conocer «información confidencial sobre VIH/SIDA».

I **object** to the release of any privileged mental health communications under Georgia law. / Me **opongo** a que se compartan **comunicaciones privilegiadas sobre salud mental** en conformidad con las leyes de Georgia.

The purpose of the requested disclosure is: / El propósito de la siguiente solicitud de divulgación es el siguiente: _____

Entiendo que el tratamiento que recibo o que recibe el paciente en Northside Hospital no se verá afectado si rehúso firmar esta autorización. También entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan emprendido acciones judiciales basadas en él o en caso de que la autorización se haya presentado como condición para obtener cobertura médica. **Nota:** Esta autorización puede revocarse mediante el envío de una solicitud por escrito al *Health Information Services Department* (Departamento de Servicios de Información Médica) de Northside Hospital a 1000 Johnson Ferry Road, Atlanta, Georgia, 30342.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA E INFORMACIÓN

SPANISH TRANSLATION: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA E INFORMACIÓN
**SPANISH TRANSLATION: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
MEDICAL RECORDS AND INFORMATION**

This authorization for the release of protected health information shall remain in effect until the earlier of any of the following dates: / Esta autorización para dar a conocer información médica protegida se mantendrá vigente hasta la fecha que esté más próxima a cualquiera de las siguientes fechas:

(a) _____ (en este espacio, podrá escribir una fecha de vencimiento específica o evento, como por ejemplo el fin de una demanda judicial,); (b) la fecha en la que revoco esta autorización por escrito; o (c) tres (3) años desde la fecha en que firmé esta autorización. En caso que haya firmado esta autorización de parte de un menor, caducará cuando el menor cumpla los 18 años, se case, o se emancipe conforme a las leyes de Georgia.

Nota: Lea AMBOS LADOS de este documento y complete toda la información que corresponde a continuación, junto con su firma, fecha y hora. Al firmar esta autorización, usted declara expresamente que (i) es el paciente, O, que el paciente o la paciente está con vida y usted (ii) está legalmente autorizado a tomar las decisiones con respecto a su salud, incluyendo la divulgación de su historia clínica.

Signature of Patient or Legally Authorized Representative Firma del paciente o su representante legal	Date/Time Fecha / Hora
--	---------------------------

Relationship to patient: / Relación o parentesco con el paciente _____

Interpreter (if applicable) / Intérprete (si corresponde)

Note to staff: if telephone interpretation provided,
record name of company and interpreter ID number.

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

Entiendo que el tratamiento que recibe el paciente (ya sea yo mismo o el paciente mencionado anteriormente) en Northside Hospital, no se verá afectado si rehúso firmar esta autorización. También entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan emprendido acciones judiciales basadas en él o en caso de que la autorización se haya presentado como condición para obtener cobertura médica.

Nota: Esta autorización puede revocarse mediante el envío de una solicitud por escrito al *Health Information Services Department* (Departamento de Servicios de Información Médica) de Northside Hospital a 1000 Johnson Ferry Road, Atlanta, Georgia, 30342. Johnson Ferry Road, Atlanta, Georgia, 30342.

Nota: Para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia, se deberá completar otro formulario titulado *Autorización para la divulgación de notas de psicoterapia*. Para autorizar la divulgación de la historia clínica del paciente del programa de rehabilitación del Departamento de Salud del Comportamiento de Northside Hospital, se necesitará completar otro formulario titulado *Autorización para divulgación de historia clínica del paciente referente al abuso de drogas y bebidas alcohólicas*.

Entiendo que existe la posibilidad de que la historia clínica y la información que se da a conocer conforme a esta autorización, sin importar la manera o forma en que se proporciona (por ejemplo, mediante transmisiones electrónicas, copias en papel, CDs, filmaciones y memorias) podrá estar sujeta a una nueva solicitud de divulgación por parte del destinatario y no estará supeditada a las protecciones que estipulan las leyes de privacidad y regulaciones federales. También entiendo que el formato electrónico en que reciba la información médica no estará encriptado o protegido con una contraseña y que soy responsable de tomar las precauciones necesarias para proteger la información y guardarla de forma segura. Entiendo y acepto el riesgo que conlleva recibir mi información médica en formato electrónico. Por medio de la presente, relevo a Northside Hospital, Inc. y a sus representantes y empleados de cualquier tipo de obligación, responsabilidad legal, daños y reclamos que pudieran surgir a causa de la divulgación, recepción y/o por una nueva solicitud de divulgación de la historia clínica e información que he autorizado previamente.

NOTIFICACIÓN A LA ENTIDAD O LA PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN

El hecho de dar a conocer o de recibir la información autorizada descrita anteriormente, no elimina ningún privilegio o derecho de confidencialidad con respecto a la información, ni tampoco autoriza a que la información se vuelva a dar a conocer. En caso de que alguna parte de la información que se da a conocer esté relacionada con tratamientos o derivaciones a tratamientos por abuso de drogas, bajo la protección de las leyes de confidencialidad federales, (42 C.F.R. Parte 2), la siguiente notificación también aplicará.

La información que le ha sido dada a conocer forma parte de documentos amparados bajo las regulaciones federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las regulaciones federales le prohíben dar a conocer dicha información en el futuro, a menos que esté expresamente autorizado mediante un consentimiento escrito por parte de la persona a quien le pertenece la información o esté de otra forma autorizado bajo 42 CFR Parte 2. Una autorización general para dar a conocer información médica o de otro tipo, NO es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales limitan cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar a pacientes por abuso de drogas o bebidas alcohólicas.