



A Northside Network Provider

English - Spanish

Name of Patient: / Nombre del paciente _____ Phone #: / N° de tel.: _____

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

The Northside Hospital Physician 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 / Divulgar O 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): / 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 provea una descripción general y escriba la dirección si la conoce): _____

The following protected health information regarding the patient (Please mark appropriate box(es)): / La siguiente información protegida de salud correspondiente 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) / Un compendio de la historia clínica (los informes dictados por el médico y los informes diagnósticos) Labs only / Solo análisis de laboratorio Radiology only / Solo radiología EKG only / Solo ECG Other (Please specify clearly) / Otros (Especifique claramente) _____

For the following dates of service: / Para las siguientes fechas en que recibió el servicio: _____

A menos que usted indique lo contrario, esta autorización permite que se divulgue y comparta la historia clínica e información en su totalidad, la que incluye, entre otras cosas, la historia clínica digital e impresa, radiografías, filmaciones y otra documentación, excepto que se notifique lo contrario continuación. Esta autorización incluye su permiso para divulgar cualquier información referente a tratamientos o derivaciones médicas por consumo de drogas y alcohol, excepto para pacientes que hayan recibido tratamiento por consumo de drogas en el programa de recuperación del Departamento de Salud del Comportamiento (Behavioral Health) 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, debe completar otro formulario de consentimiento diferente

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 incluye también (i) información confidencial sobre VIH/SIDA y (ii) comunicaciones privilegiadas sobre salud mental entre el paciente y el profesional de salud mental, y asimismo usted confirma que desiste de cualquier protección vinculada a la divulgación de información que aplicaría en caso contrario. La ley de Georgia define a la información confidencial sobre VIH/SIDA de modo que 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. OBSERVACIÓN: 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 (tutor, representante de asuntos médicos o padre de un menor) pueden autorizar a que se divulgue información confidencial sobre VIH/SIDA y/o las comunicaciones confidenciales sobre salud mental.

- Me opongo a que se divulgue información confidencial sobre VIH/SIDA
- 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 (Please describe each purpose of the requested use or disclosure): / La finalidad de la solicitud de divulgación (describa cada uno de los motivos del uso o divulgación que se solicita): _____

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 tendrá vigencia hasta la fecha más próxima entre las dos siguientes:

(a) _____ (in this blank, you may include a specific expiration date or event, such as conclusion of a lawsuit) / (puede incluir aquí una fecha de vencimiento específica o acontecimiento, como por ejemplo la finalización de un juicio); (b) the date I revoke this authorization in writing; or (c) three (3) years from the date on which I signed 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. / La fecha en que revoqué por escrito esta autorización; o (c) tres (3) años después de 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.

Observación: 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.

Witness / Testigo _____

Signature of Patient or Legally Authorized Representative, Including Legal Guardian, Health Care Agent, or Parent of Minor Child
Firma del paciente o su representante legal. Incluyendo tutor legal, representante de asuntos médicos o padre de un menor

Date/Fecha _____ AM/PM _____
Time/Hora _____

Print name: / Escriba el nombre en letra de imprenta: _____

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 cual la paciente no puede firmar _____

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**

Entiendo que este consentimiento puede revocarse mediante el envío de una solicitud por escrito al jefe administrativo a cargo del consultorio médico de Northside Hospital que se encuentra en el encabezado de este documento. 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. También entiendo que el tratamiento que recibo o recibe la persona que se nombra arriba, en cualquier consultorio médico de Northside Hospital y/o en Northside Hospital no se verá afectado si rehúso firmar esta autorización.

Observación: Para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia, se necesitará completar otro formulario titulado «Autorización para la divulgación de notas de psicoterapia» (*Authorization for Release of Psychotherapy Notes*). Para autorizar la divulgación de la historia clínica del paciente del programa de recuperación del Departamento de Salud del Comportamiento de Northside Hospital (*Behavioral Health*), se necesitará completar otro formulario titulado «Autorización para divulgación de expedientes sobre alcoholismo y consumo de drogas del paciente».

Entiendo que existe 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 provee (tales como transmisiones electrónicas, copias en papel, disco compacto, filmaciones y memorias) pueden estar sujetas a una nueva solicitud de divulgación por parte del destinatario y podrán ya no estar supeditadas a las protecciones que estipulan las leyes de privacidad y regulaciones federales. Por medio de la presente, relevo al consultorio médico de Northside Hospital, a Northside Hospital, Inc., y a sus representantes y empleados de cualquier tipo de responsabilidad legal, daños y reclamos que pudieran surgir por la divulgación, recepción o por una nueva solicitud de divulgación de la historia clínica e información que he autorizado previamente.

NOTICE TO RECEIVING AGENCY OR INDIVIDUAL
NOTIFICACIÓN AL ORGANISMO O INDIVIDUO QUE RECIBE LA INFORMACIÓN

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. / 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 se relacione con tratamientos o derivaciones a tratamientos por consumo de drogas, bajo la protección de las leyes de confidencialidad federales, (*42 C.F.R. Parte 2*), la siguiente notificación también aplicará.

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 disclosure 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 abuse patient. / La información que le ha sido dada a conocer forma parte de documentos amparados bajo las regulaciones Federales de confidencialidad (*42 CFR Part 2*). Las regulaciones Federales le prohíben dar a conocer en el futuro dicha información, a menos que esté expresamente autorizado mediante un consentimiento escrito por parte de la persona a quien le pertenece la información o de otra forma autorizado bajo *42 CFR Part 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 consumo de drogas o alcohol.