

GEORGIA PEDIATRIC PULMONOLOGY ASSOCIATES, P.C.
Autorización del Paciente para REVELAR Información de Salud Protegida

Esta autorización permite a Georgia Pediatric Pulmonology Associates, P.C. a utilizar y/o divulgar la siguiente información de salud personal que me identifica (describa específicamente la información que será utilizada o divulgada, como la fecha de servicio, nivel de detalle que sera divulgada, origen de la información, etc.). Estoy consciente que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Georgia Pediatric Pulmonology Associate, P.C.

Información de Salud de:

ESCRIBA el Nombre Completo del PACIENTE

Fecha de nacimiento del PACIENTE

ESCRIBA el Nombre del Padre/Tutor Legal o Paciente
 (si es de 18 año en adelante)

Teléfono durante el DÍA

Marque (✓) una, Yo soy el: **Paciente (debe ser de 18 años de edad en adelante)** **Padre o**
 Tutor Legal con custodia (favor de escribir su relación con el paciente: _____)

PARA USO ADMINISTRATIVO:

LLAME para recoger el historial: O

Mande el historial por CORREO:

 Teléfono durante el DÍA

 ESCRIBA el nombre de Agencia o Individuo(s)

 Fecha que fue Recogido

 ESCRIBA (Dirección o Apartado Postal)

Mande el historial por FAX a:

 ESCRIBA el nombre de Agencia o Individuo(s)

 ESCRIBA (Ciudad, Estado y Código Postal)

(____)_____
 Número de FAX

- No pongo limitaciones al historial o a enfermedades (incluyendo VIH, y/o SIDA, genética, drogodependencia o información psiquiátrica) o información diagnóstica y terapéutica, incluyendo cualquier tratamiento para el abuso de alcohol, el abuso de drogas, o trastornos psiquiátricos.
- Autorizo la inspección de la información anteriormente mencionada por la agencia/persona anteriormente mencionada y/o el abastecimiento de Photostat o de otras copias.
- Comprendo que al menos que existan límites por medio de alguna regulación estatal o federal, puedo cancelar este permiso en cualquier momento al presentar una solicitud por escrito. La cancelación de este permiso no afecta información revelada por Georgia Pediatric Pulmonology Associates antes de haber recibido el aviso de cancelación por escrito.
- Por el presente libero a Georgia Pediatric Pulmonology Associates, PC y sus funcionarios, directores, agentes, y empleados de cualquiera y toda responsabilidad, obligación, indemnización, pérdida, y reclamos que pudiera surgir por la divulgación de la información anteriormente autorizada.
- En apoyo a esta autorización, por el presente renuncio toda provision de la ley y todo privilegio relacionado con las divulgaciones autorizadas por el presente.
- Comprendo que el consultorio puede recibir pago de un tercero por usar o divulgar información de salud personal.
- Por el presente reconozco que he leído (o alguien me ha leído) las declaraciones mencionadas anteriormente y que comprendo plenamente las declaraciones mencionadas anteriormente y que autorizo expresamente y por voluntad propia la divulgación de esta información de salud a el individuo/la agencia anteriormente nombrada.

Toda divulgación de información médica de parte del destinatario es prohibida salvo las que son implícitas en el proposito de esta autorización.

Esta autorización se vence _____ (escriba la fecha o el evento pertinente or escriba "expiración no designada") o en 6 meses (12 meses para solicitudes escolares), cualquiera sea menos tiempo, y ningún uso/divulgación adicional se podrá hacer después del vencimiento. Esta autorización aplica a las fechas de tratamientos antes de y en el día de la firma, a menos que se especifique. Excepciones especificadas para divulgaciones futuras son:

Firma: _____ **Fecha:** _____

PARA USO ADMINISTRATIVO

Fax Correo Recogido/Llamó: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____