



DATOS DEL PACIENTE/PATIENT INFORMATION

La información a continuación es necesaria para ayudar al proveedor a localizar los archivos del paciente:
The following information is needed to assist the provider in locating the patient's records

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Patient full name Date of birth

Apellido de soltera u otro apellido: _____ Dirección Actual: _____
Maiden/other name Current address

Teléfono del paciente (casa): _____ (trabajo): _____ (celular): _____
Patient phone # (home) (work) (cell)

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN/REQUEST AUTHORIZATION

Por la presente solicito y autorizo a la Administración de Información de la Salud en (Health Information Management) (marque los cuadros que corresponden):
I hereby request and authorize Health Information Management at (choose all applicable):

- | | | | |
|--|---|-----------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Piedmont Athens Regional | 1199 Prince Avenue, Athens, GA 30606 | Phone: (706) 475-3361 | Fax: (706) 475-6961 |
| <input type="checkbox"/> Piedmont Atlanta Hospital | 1968 Peachtree Road, NW, Atlanta, GA 30309 | Phone: (404) 605-3280 | Fax: (404) 605-5551 |
| <input type="checkbox"/> Piedmont Fayette Hospital | 1255 Highway 54 West, Fayetteville, GA 30214 | Phone: (770) 719-7053 | Fax: (770) 719-6821 |
| <input type="checkbox"/> Piedmont Heart Institute | 275 Collier Road Suite 500, Atlanta, GA 30309 | Phone: (404) 605-5570 | Fax: (404) 355-4739 |
| <input type="checkbox"/> Piedmont Henry Hospital | 1133 Eagle's Landing Parkway, Stockbridge, GA 30281 | Phone: (678) 604-5844 | Fax: (678) 604-5076 |
| <input type="checkbox"/> Piedmont Medical Care Corporation | 2727 Paces Ferry Road Suite 1-1100, Atlanta, GA 30339 | Phone: (678) 423-6633 | Fax: (404) 609-7543 |
| <input type="checkbox"/> Piedmont Mountsinside Hospital | 1266 Highway 515 South, Jasper, GA 30143 | Phone: (706) 301-5455 | Fax: (706) 301-5353 |
| <input type="checkbox"/> Piedmont Newnan Hospital | 745 Poplar Road, Newnan, GA 30265 | Phone: (770) 400-4181 | Fax: (770) 304-4218 |
| <input type="checkbox"/> Piedmont Newton Hospital | 5126 Hospital Drive, NE, Covington, GA 30014 | Phone: (770) 385-4235 | Fax: (678) 625-2068 |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | | |

(inicial) (initial)	A proveer copias de la porción de mi expediente médico que he marcado a continuación a: To provide copies of my records checked below to Nombre (persona que recibe/tercero): _____ Núm. Facsímil/Fax: _____ Name (receiving person/party) Fax # Dirección: _____ Address Núm. de Tel. #: _____ (requerido para verificar el número de fax) Phone # (required to verify Fax#)
(inicial) (initial)	Doy mi permiso para que (nombre de persona) pueda revisar los archivos de mi expediente médico que he seleccionado mas abajo: To permit review of my records checked below by (person's name)
(inicial) (initial)	Destinado para el uso/divulgación de PHI como se describe a continuación: To use/disclose PHI as described

Esta autorización se aplica a los expedientes o al acceso de la PHI desde la siguiente fecha o fechas de servicio: _____
This authorization applies to records or PHI access from the following date or dates of service

PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN/PURPOSE OF DISCLOSURE

- A solicitud del individuo (paciente)/At the request of the individual (patient)
- Para un evento relacionado a mercadeo por el cual uno de los proveedores de Piedmont recibirá remuneración directa o indirecta de terceros.
For a marketing function for which a Piedmont Provider receives direct or indirect remuneration from a third party.
- Otro: _____
Other _____

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A SER DIVULGADA/DESCRIPTION OF INFORMATION TO BE RELEASED

La información utilizada/divulgada bajo ésta autorización no incluye apuntes de sicoterapia (incluyendo apuntes detallados del psiquiatra ó sicoterapeuta), pero puede incluir otra información mental detallada, información sobre VIH/SIDA, y/o información relacionada al abuso de alcohol ó drogas.
The information used/disclosed pursuant to this authorization will not include psychotherapy notes (meaning detailed notes kept by your psychiatrist or psychotherapist), but may include other detailed mental health information, HIV/AIDS information and/or information regarding alcohol or substance abuse.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo
Entire Medical Record | <input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencia
Emergency Room Record | <input type="checkbox"/> Bloques/diapositivas de patología
Pathology Slides/Blocks | <input type="checkbox"/> Archivo financiero
Financial Record |
| <input type="checkbox"/> Abstracto del expediente*
Abstract of Record* | <input type="checkbox"/> Informe de Cateterismo Cardiaco/CD
Cardiac Cath Report/CD | <input type="checkbox"/> Placas de Radiología/CD
Radiology Films/CD | |
| <input type="checkbox"/> Otros – especifique: _____
Other – Specify _____ | | | |

*El abstracto del expediente incluye el informe físico/antecedentes médicos, el informe operatorio, los informes de alta y de consultas médicas y los resultados de pruebas diagnósticas.
*An abstract of the record includes the History/Physical Report, Operative, Consultation and Discharge Summary Reports and diagnostic test results.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN/AUTHORIZATION SIGNATURES

Entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede estar sujeta a la redivulgación por parte del recipiente de dicha información en cuyo caso no podrá estar protegida por las regulaciones federales sobre la privacidad. Entiendo que a menos que existan límites impuestos por las regulaciones estatales o federales, puedo, en cualquier momento, revocar esta autorización al presentarla por escrito excepto cuando la entidad arriba identificada haya tomado medidas como consecuencia de esta autorización. Puede obtener un formulario de revocación del Departamento de Administración de Información Médica. El formulario relleno deberá ser entregado al Departamento de Administración de Información Médica. Además entiendo que esta autorización se refiere específicamente a la información arriba marcada, durante la(s) fecha(s) de servicio(s) señaladas, y para los propósitos arriba descritos. Los proveedores médicos de Piedmont (Piedmont Providers) no tendrán que esperar a recibir esta autorización para brindar tratamiento, a menos que esta condición sea permitida para tratamientos relacionados a investigaciones médicas o cuando el único propósito de crear la información relacionada a la salud es para divulgarla a un tercero (por ejemplo, exámenes para constatar la aptitud física para un trabajo).

I understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient of the information and may then no longer be protected by the federal privacy regulations. I understand that unless otherwise limited by state or federal regulations, I may revoke this Authorization at any time by presenting my revocation in writing except to the extent that the entity identified above has taken action in reliance on this Authorization. A revocation form may be obtained from the Health Information Management. The completed revocation must be presented to Health Information Management. I further understand that this Authorization is specific to the information checked above, for the date(s) of services indicated and for the purpose written above. Piedmont Providers shall not condition treatment on the receipt of this Authorization, except when such conditioning is permitted for research-related treatment or in instances where the sole purpose of creating the health information is for disclosure to a third party (for example, fitness-for-duty exams).

También entiendo que esta autorización es **válida por un período de 90 días** a partir de la fecha de hoy, **y caducará en esa fecha a menos que se especifique otra fecha aquí:** _____

I further understand that this Authorization is **valid for a period of 90 days** from today's date and **will expire at that time unless another date is written here**

Firma del Paciente o Representante Autorizado
Patient or Legal Representative Signature

Nombre en letra de imprenta
Please PRINT Name

Fecha de hoy
Today's Date

Hora
Time

Como representante legal autorizado mi vínculo con el paciente es: _____
(Debe adjuntar cualquier documento que certifique la autoridad del representante). El paciente no puede firmar porque: _____

As Legal Representative, my relationship to the patient is:
Any document proving such authority must be attached. The patient is unable to sign because

NOTA: *Pueden haber costos adicionales para la provisión de cualquier o toda la información requerida. La mayoría de las veces, la ley permite hasta 30 días para que se tramite la solicitud médica, sin embargo, el expediente médico se puede enviar inmediatamente por facsímile al proveedor médico para propósitos de tratamiento.*

NOTE: *There may be fees for provision of any or all requested information. Under most circumstances, the law permits up to 30 days for record requests to be processed, however records for treatment purposes can be immediately faxed to the patient's healthcare provider when requested.*