



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El paciente especificado en este formulario autoriza a Archbold** a usar y divulgar la información médica protegida del paciente (incluyendo información médica, financiera y de facturación altamente confidencial) que Archbold conserva de la manera indicada en esta autorización. El paciente entiende que la información médica protegida puede incluir expedientes revelados a Archbold por proveedores externos de atención médica que con anterioridad le aplicaron tratamientos al paciente. El paciente entiende que la información puede incluir información altamente confidencial, como números de seguridad social, de tarjetas de crédito y de pólizas de seguro; información genética, de salud mental o de discapacidad en el desarrollo; virus, enfermedades, discapacidades, disfunciones, abuso de alcohol y drogas, aborto/embarazo/control de natalidad, pruebas/tratamientos para el sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) / VIH (virus de inmunodeficiencia humana), enfermedades de transmisión sexual, venéreas o trasmisibles, discapacidades, etc.

****Entiendo que “Archbold” se refiere a (1) John D. Archbold Memorial Hospital, Inc.,** que comprende John D. Archbold Memorial Hospital, Grady General Hospital, Brooks County Hospital y Mitchell County Hospital; y todos los demás departamentos ubicados dentro y fuera del recinto médico, instalaciones y dispensarios rurales; las intalaciones del Archbold Northside Center for Behavioral & Psychiatric Services; las instalaciones externas para diálisis del John D. Archbold Memorial Hospital, Glenn-Mor Nursing Home, Mitchell Convalescent Center, y Pelham Parkway Nursing Home; **(2) Archbold Medical Group, Inc.,** que incluye las prácticas médicas de Archbold; y **(3) Archbold Health Services, Inc.,** que incluye, pero no es limitativo a, la farmacia minorista de Archbold, atención médica domiciliaria y proveedores de servicios de hospicio. **Por favor, visite nuestra página web www.archbold.org(en la pestaña “Locations”) para obtener más información acerca de los proveedores de Archbold y sus ubicaciones o solicite al representante de Archbold que lo ayude a ingresar a la página web y le imprima la información requerida.**

LEA Y COMPLETE TODAS LAS SECCIONES DE LAS PÁGINAS 1-3, COLOQUE LA FECHA Y FIRME ESTE FORMULARIO SI ACEPTA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE.

I. Este formulario autoriza el uso y divulgación de la siguiente información médica protegida del paciente:	
NOMBRE DEL PACIENTE:	
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
REUNIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DEL EXPEDIENTE MÉDICO
CALLE DIRECCIÓN	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

II. La información médica protegida del paciente será divulgada o suministrada a:	
NOMBRE	
CALLE DIRECCIÓN	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

III. Finalidad del uso o divulgación de la información médica protegida del paciente:

- Continuación de la atención médica Discapacidad Legal Otra: _____

IV. Información médica protegida del paciente que será divulgada:* (Seleccione la opción que aplica).

<input type="checkbox"/>	Resumen del expediente médico del paciente* (que incluye historial médico, evaluación física, resumen del alta médica, informes de consultas, expediente del departamento de emergencias, informes de laboratorio, informes radiológicos, informes operativos e informes patológicos) desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha)
<input type="checkbox"/>	Todos los informes médicos del paciente* durante el período desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha) se entregarán a las siguientes entidades/centros: _____
<input type="checkbox"/>	Solo los informes médicos del paciente* durante el período desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha) de los siguientes centros de Archbold: _____
<input type="checkbox"/>	Otros informes del paciente* - <i>por ejemplo, notas de fisioterapia (requiere un formulario de autorización diferente), informes de facturación, etc.</i> _____

***El paciente entiende que los informes pueden incluir información altamente confidencial, como números de seguridad social u otra información financiera, información genética, de salud mental/discapacidad en el desarrollo, abuso de alcohol y drogas, aborto/embarazo/control de natalidad, pruebas/tratamientos para el sida/VIH, enfermedades de transmisión sexual, venéreas o trasmisibles, discapacidades, etc.**

V. Formato. Suministre la información médica del paciente (incluyendo información confidencial) mediante las siguientes opciones:

- Envíe un fax con la información médica del paciente (PHI) al número de fax: _____
- Envíe* la PHI por correo electrónico a la siguiente dirección: _____
- Guarde la información del paciente en un CD no encriptado**
- Realice una copia del documento

***Fax/correo electrónico se encriptarán durante la transferencia, pero no estarán seguros en el servidor a su llegada, lectura, almacenamiento, etc.**

****El CD no se asegurará por medio de contraseñas/encriptación. Por eso, cualquier persona con acceso al CD podría descargar la información.**

- VI. Cuotas.** El paciente entiende que podría cargarse cuotas por esta solicitud de información. Esta cuota se cargará conforme a las leyes federales y estatales de copiado. Se podrá solicitar un estimado de esas cuotas.
- VII. Derecho de revocación.** El paciente entiende que puede revocar esta autorización de forma escrita completando un formulario de revocación suministrado por Archbold y entregándolo al Director de Health Information Management, 900 Cairo Road, Thomasville, Georgia, 31792, salvo en la medida en que esa información se haya usado o divulgado como forma de apoyo a esta autorización previa a la revocación.
- VIII: Fecha de expiración o condición de vencimiento.** Si esta autorización no se ha revocado, concluirá en 2 años contados a partir de la fecha de su firma, a menos que una fecha de expiración o condición de vencimiento diferente se indique en la parte inferior:

(Si lo desea, especifique una fecha de expiración o condición de vencimiento diferente).

- IX. Voluntario.** Archbold no puede condicionar el tratamiento o elegibilidad de un servicio de cuidado del paciente que firma esta autorización, excepto si la atención médica en cuestión: (1) está relacionada con la investigación o (2) es suministrada únicamente con la finalidad de generar información médica protegida que será divulgada a una tercera parte (por ejemplo, un examen físico de un empleado).
- X. Nueva divulgación.** El paciente entiende que la información divulgada por esta autorización será probablemente divulgada nuevamente por el destinatario y puede que ya no esté protegida por las normas de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), por las leyes de privacidad estatal o federal o de protección al consumidor.

Certifico que soy el paciente que se menciona en la página 1 (o representante legal autorizado para actuar por el paciente), y autorizo el uso y divulgación de información médica, financiera o personal protegida del paciente. En virtud del presente acto, libero a Archbold de toda responsabilidad por el uso, divulgación o nueva divulgación de la información médica protegida del paciente.

FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO	FECHA/HORA
<i>SI EL REPRESENTANTE LEGAL ES QUIEN FIRMA, ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA EL NOMBRE E INDIQUE LA BASE DE AUTORIDAD PARA FIRMAR POR EL PACIENTE:</i>	
FIRMA DEL TESTIGO	FECHA/HORA



Departamento de Administración de Información Médica
900 Cairo Road
Edificio de Servicios Administrativos
Thomasville, GA 31792

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro social N°: _____

Reunión con el paciente (si se conoce): _____ Expediente médico N° (si se conoce): _____

Dirección: _____

Teléfono N°: _____ Dirección de correo electrónico: _____

- El paciente, antes identificado, revoca la autorización para el uso y divulgación de información médica protegida concedida previamente a Archbold* _____.
Fecha de autorización
- Esta revocación no se hará efectiva respecto a cualquier uso, divulgación o nueva divulgación de la información médica protegida del paciente que haga Archbold* antes de que Archbold reciba esta revocación o cualquier futuro uso o divulgación realizada por cualquier destinatario previamente autorizado de la información médica protegida del paciente. El paciente entiende que Archbold no tiene control sobre la nueva divulgación de la información médica protegida del paciente que haya sido divulgada previamente bajo autorización.
- A Archbold* se le debería aún permitir el uso y divulgación de la información médica protegida del paciente conforme a su aviso de políticas de privacidad para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico y otros usos/divulgaciones que permite la ley federal.

****Entiendo que “Archbold” se refiere a (1) John D. Archbold Memorial Hospital, Inc.,** que comprende John D. Archbold Memorial Hospital, Grady General Hospital, Brooks County Hospital y Mitchell County Hospital; y todos los demás departamentos ubicados dentro y fuera del recinto médico, instalaciones y dispensarios rurales; las instalaciones del Archbold Northside Center for Behavioral & Psychiatric Services; las instalaciones externas para diálisis del John D. Archbold Memorial Hospital, Glenn-Mor Nursing Home, Mitchell Convalescent Center, y Pelham Parkway Nursing Home; **(2) Archbold Medical Group, Inc.,** que incluye las prácticas médicas de Archbold; y **(3) Archbold Health Services, Inc.,** que incluye, pero no es limitativo a, la farmacia minorista de Archbold, atención médica domiciliaria y proveedores de servicios de hospicio. **Por favor, visite nuestra página web www.archbold.org (en la pestaña “Locations”) para obtener más información acerca de los proveedores de Archbold y sus ubicaciones o solicite al representante de Archbold que lo ayude a ingresar a la página web y le imprima la información requerida.**

FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO	FECHA/HORA
SI EL REPRESENTANTE LEGAL ES QUIEN FIRMA, ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA EL NOMBRE E INDIQUE LA BASE DE AUTORIDAD PARA FIRMAR POR EL PACIENTE:	
FIRMA DEL TESTIGO	FECHA/HORA