



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 crea, recibe o conserva de la manera indicada en este formulario. El paciente entiende que la información médica protegida puede incluir expedientes divulgados a Archbold por proveedores de atención médica externos y puede incluir información como números de Seguro Social, números de tarjetas de crédito, números de seguro, o información sobre genética, salud mental o discapacidades del desarrollo, virus, enfermedades, discapacidades, disfunciones, registros de trastornos por uso de sustancias conforme a 42 CFR Parte 2, consumo de alcohol y drogas, aborto/embarazo/control de la natalidad, o pruebas/tratamiento para el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)/VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), así como enfermedades transmisibles, venéreas o de transmisión sexual, discapacidades, etc.

****Entiendo que "Archbold", tal como se utiliza en esta Autorización, se refiere a las siguientes entidades y a sus proveedores y subcontratistas: (1) John D. Archbold Memorial Hospital, Inc., que incluye a Archbold Memorial, Archbold Grady, Archbold Brooks y Archbold Mitchell, y a todos sus departamentos, instituciones, clínicas de salud rurales, farmacias, proveedores de equipos médicos duraderos y hospicios, dentro y fuera de sus instalaciones; a Archbold Northside, Archbold Living Thomasville, Archbold Living Camilla, Archbold Living Pelham y Archbold Living Cairo; y (2) Archbold Medical Group, Inc., que posee y opera múltiples consultorios médicos. El sitio de internet www.archbold.org (en la pestaña "Locations" [Ubicaciones]) ofrece más información sobre las ubicaciones de Archbold.**

LEA Y COMPLETE TODAS LAS SECCIONES DE LAS PÁGINAS 1-4. 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:
DIRECCIÓN:	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:	
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:

II. Destinatario de la información médica protegida del paciente: La información médica protegida del paciente será utilizada y divulgada por, o proporcionada a, las siguientes personas, empresas, y a sus proveedores y subcontratistas:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

III. Finalidad del uso o divulgación de la información médica protegida del paciente: *(Encierre en un círculo las opciones correctas).*

Nota: Para todos los usos y divulgaciones futuros por parte de Archbold, como la entidad que divulga la información, y por el Destinatario de la información indicado anteriormente, así como por sus contratistas, subcontratistas y custodios legales de la información, para Tratamiento, pago y operaciones de atención médica (según se definen estos términos en el Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad disponible en www.archbold.com).

Atención continua	Otro:
Investigación	A solicitud del paciente / representante legal del paciente
Salud pública	Discapacidad
Legal	

IV. Información médica protegida del paciente solicitada para su divulgación: *(Complete el recuadro correspondiente a continuación).*

Nota: Los expedientes solicitados incluirán Información Sensible del Paciente, como números de Seguro Social u otra información financiera, o información sobre genética, salud mental/discapacidades del desarrollo, consumo de sustancias, consumo de alcohol y drogas, aborto/embarazo/control de la natalidad, pruebas/tratamiento para el SIDA/VIH, enfermedades transmisibles, venéreas o de transmisión sexual, etc.

Resumen del expediente médico del paciente (que incluye únicamente la Historia y Examen Físico, Resumen de Alta, Informes de Consulta, Registro del Departamento de Emergencias, Informes de Laboratorio, Informes de Radiología, Informes de Cirugías e Informes de Patología) desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha)

Solo los expedientes médicos del paciente durante el período desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha) de los siguientes centros de Archbold:

Solo los expedientes de facturación del paciente durante el período desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha) de los siguientes centros de Archbold:
Notas de psicoterapia durante el período desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha) de Archbold Northside (Las notas de psicoterapia requieren un formulario de autorización separado que no se combina con ningún otro).
Notas de consejería por trastorno por uso de sustancias durante el período desde (fecha) hasta _____ (fecha) hasta _____ (fecha) de Archbold Northside (Las notas por trastorno por uso de sustancias requieren un formulario de autorización separado que no se combina con ningún otro).
Todos los expedientes médicos del paciente correspondientes a las siguientes entidades/instalaciones de Archbold:
Otros expedientes del paciente:

V. Formato. Suministre la información médica protegida del paciente (incluyendo información confidencial) mediante las siguientes opciones: *(Marque una opción).*

☐ Envíe un fax con la información médica del paciente (Patient Health Information, PHI) al número de fax:
☐ Envíe* la PHI por correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico:
☐ Grabe la PHI en un Disco Compacto (CD) no encriptado. El CD no se asegurará por medio de contraseñas/encriptación. Por eso, cualquier persona con acceso al CD podría descargar la información.
☐ Realice una copia del documento
☐ Otro:

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

VI. Cargos. El paciente entiende que pueden aplicarse cargos por esta solicitud de información, los cuales se cobrarán de conformidad con las leyes estatales y federales sobre copias. Se podrá solicitar un estimado de esos cargos.

VII. Derecho de revocación. El paciente entiende que puede revocar esta Autorización por escrito completando un formulario de revocación proporcionado por Archbold y presentando el formulario completado al

Director of Health Information Management, 900 Cairo Road, Thomasville, Georgia, 31792, excepto en la medida en que la información ya haya sido utilizada o divulgada en virtud de esta Autorización antes de su revocación.

- VIII. Fecha de expiración o condición de vencimiento.** Si esta Autorización no ha sido revocada, no vencerá, a menos que a continuación se indique una fecha de vencimiento o una condición de vencimiento diferente:

(Si se desea, especifique una fecha de vencimiento o una 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 en virtud de esta Autorización probablemente estará sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y que dicha información puede o no estar protegida por la Norma de Privacidad de HIPAA, ni por las leyes federales o estatales de privacidad 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. Por la presente, libero a Archbold de toda responsabilidad por este uso, divulgación o cualquier redistribución 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



Archbold

Health Information Management Department
900 Cairo Road
Administrative Services Building
Thomasville, GA 31792

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ N° de Seguro Social: _____

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

Dirección: _____

N° de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

- El paciente, antes identificado, revoca la autorización para el uso y divulgación de información médica protegida concedida previamente a Archbold* el _____.

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.

**"Archbold" significa (1) John D. Archbold Memorial Hospital, Inc., que incluye a Archbold Memorial, Archbold Grady, Archbold Brooks y Archbold Mitchell, y a todos sus departamentos, instituciones, clínicas de salud rurales, farmacias, proveedores de equipos médicos duraderos y hospicios, dentro y fuera de sus instalaciones; a Archbold Northside, Archbold Living Thomasville, Archbold Living Camilla, Archbold Living Pelham y Archbold Living Cairo; y (2) Archbold Medical Group, Inc., que posee y opera múltiples consultorios médicos. El sitio de internet www.archbold.org (en la pestaña "Locations" [Ubicaciones]) ofrece más información sobre las ubicaciones de Archbold. Entiendo que el representante de Archbold también puede ayudarme.*

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