

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD
(PHI por sus siglas en Inglés)**

Autorization for Release of Protected Health Information (PHI)
Athens Regional Health Services
Attention: Medical Records Department
1199 Prince Avenue Athens, GA 30606
Phone: (706) 475-3361

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
---------------------	---------------------	-------------------------

Dirección con Calle

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Número de Expediente Médico	Número de Cuenta
-----------------------------	------------------

POR ESTE MEDIO AUTORIZO A ATHENS REGIONAL HEALTH SERVICES A:

_____ REVELAR INFORMACIÓN A: _____ OBTENER INFORMACIÓN DE:

Abogado/Médico/Institución/Agencia

Dirección con Calle

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Números Telefónico y de Fax

Fechas de Tratamiento

POR FAVOR MARQUE UNA:

_____ recogeré en persona _____ Por favor envíe a la dirección de arriba

CON EL SIGUIENTE PROPÓSITO:

_____ Legal	_____ Incapacidad	_____ Seguro
_____ Institución de Salud	_____ Personal	_____ Médico

Otro _____

A menos que sea solicitada específicamente indicando con una marca a continuación, yo permito la revelación de cualquiera y toda información incluyendo, si existe, información concerniente a expedientes de abuso de drogas/alcohol, enfermedades venéreas y otras enfermedades protegidas por los estatutos, notas psiquiátricas (excluyendo notas de psicoterapia), o antecedentes de pruebas y tratamientos de SIDA/VIH. Por favor marque la información específica a revelar solicitada.

_____ Toda la información de Salud Protegida	_____ Notas de Psicoterapia*	_____ Reportes de la Sala de Emergencia
_____ Resumen de Alta	_____ Reporte Operatorio	_____ Reportes de Rayos-X
_____ Historial y Físico	_____ Video/Foto	_____ Reportes de Patología
_____ Notas de Progreso	_____ Reportes de Laboratorio	Otro _____

*- Si esta es una solicitud para notas de psicoterapia, entonces esa es la única información que puede ser solicitada con esta Autorización. Usted debe someter otra Autorización para solicitar otra información.

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento y presentar mi revocación en las instalaciones de ARHS
- La revocación no es aplicable a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización o a mi compañía de seguro, cuando la ley le concede a mi aseguradora el derecho de refutar un reclamo bajo los términos de mi póliza.
- Puedo rehusar firmar esta autorización
- La revelación de la información de salud es voluntaria
- No es necesario que yo firme esta información para asegurar tratamiento, ni afectará mi condición de pago
- Cualquier revelación de información lleva consigo la probabilidad de nuevas revelaciones no autorizadas
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información descrita en esta forma si la solicito
- Recibiré una copia de esta forma después de firmarla.

A menos de ser revocada, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición:

_____.

El yo no especificar la fecha de caducidad, evento o condición, causará que esta autorización caduque en noventa (90) días.

Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información de salud protegida, puedo contactar al Director de Archivos Médicos (Medical Records) o al Oficial de Privacidad (Privacy Officer) de ARHS.

ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE FIRMÓ, A MENOS QUE SE HAYA INDICADO DE OTRA FORMA.

He leído la información anterior y autorizo la revelación de la información de salud protegida como se mencionó.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha de la firma

Si es firmada por un Representante Legal, parentesco con el Paciente

Firma del Testigo

Fecha de la firma

Dirección con calle del Testigo

Ciudad del Testigo

Estado

Código Postal

Número Telefónico del Testigo