



NH3831

NORTHSIDE HOSPITAL

English - Spanish - Korean

Patient Name (print first and last name): _____ **Date of Birth:** _____
Nombre y apellido del paciente (en letra de imprenta) Fecha de nacimiento
Previous Name, if applicable: _____ **Preferred Phone #:** _____
Nombre anterior, si corresponde Número telefónico de preferencia
Street Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
Dirección postal Ciudad Estado Código postal

1. WHO CAN RELEASE MY HEALTH INFORMATION / QUIÉN PUEDE DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA:

I hereby authorize the facilities listed below* to disclose my health information to the person/entities listed in Section 2

(check one or more) / Por la presente autorizo a las siguientes instituciones* a compartir mi información médica con la persona o las entidades que se mencionan en la sección 2. (Marque uno o más):

NORTHSIDE AFFILIATED FACILITIES / INSTITUCIONES AFILIADAS A NORTHSIDE:

- | | |
|---|---|
| ☐ Northside Hospital Atlanta | ☐ Northside Hospital Forsyth |
| ☐ Northside Hospital Cherokee | ☐ Northside Hospital Gwinnett |
| ☐ Northside Hospital Duluth | ☐ All Northside Hospitals (does not include Behavioral Health) / Todos los hospitales de Northside (sin incluir Salud del Comportamiento) |
| ☐ Northside Hospital Behavioral Health Services | |
| ☐ Northside Affiliated Facility/Practice (specify name) | |

Institución / consultorio afiliado a Northside (especifique el nombre): _____

***I understand that my medical record may also include health information from other healthcare providers involved in my care. /**
***Entiendo que mi historia clínica puede también incluir información médica de otros proveedores de atención médica que participan en mi atención.**

☐ **OTHER FACILITY – Not affiliated with Northside (Specify name, address and phone number of facility) / OTRA INSTITUCIÓN: no afiliada a Northside** (especifique el nombre, la dirección y el número de teléfono de la institución): _____

2. WHO CAN RECEIVE MY HEALTH INFORMATION / QUIÉN PUEDE RECIBIR MI INFORMACIÓN MÉDICA:

I authorize the person or facility listed below to receive the health information described in Section 3 / Autorizo a la persona o institución mencionada a continuación a recibir la información médica que se describe en la sección 3:

Name of Person/Facility / Nombre de la persona/institución: _____

Street Address / Dirección postal: _____

City / Ciudad: _____

State / Estado: _____

Zip / Código postal: _____

Telephone / Teléfono: _____

FAX / FAX: _____

3. WHAT HEALTH INFORMATION CAN BE DISCLOSED / QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE DIVULGAR:

DATES OF SERVICE / FECHA DEL SERVICIO: From / desde el: _____

To / hasta el: _____

Please check one option below / Marque una de las siguientes opciones	Please specify below if the following records are also needed / A continuación, especifique si también necesita los siguientes documentos														
☐ Complete medical record / Toda la historia clínica	☐ Billing Records / Registros de facturación														
☐ Abstract/Continuity of Care Summary / Extracto/Resumen de continuidad de la atención	☐ Radiology Images / Imágenes de radiología														
☐ Partial medical record (Please specify requested records by checking below) / Historia clínica parcial (marque el recuadro de la información que solicita) <table border="0"><tr><td>☐ Physician Office Notes Notas del consultorio médico</td><td>☐ History & Physical Antecedentes y exámenes médicos</td></tr><tr><td>☐ Consultations Consultas</td><td>☐ Discharge Summary Resumen del alta</td></tr><tr><td>☐ Operative/Procedure Reports Informes de procedimientos o cirugías</td><td>☐ Cardiology/EKG Reports Informes de cardiología/ECG</td></tr><tr><td>☐ Lab Results Resultados de análisis de laboratorio</td><td>☐ Radiology Reports Informes de radiología</td></tr><tr><td>☐ Emergency Room Dept. Reports Informes de las sala de emergencia</td><td>☐ Radiology Images Imágenes de radiología</td></tr><tr><td>☐ Progress Notes Comentarios sobre la evolución</td><td>☐ Pathology Reports Informes de patología</td></tr><tr><td>☐ Other / Otro: _____</td><td></td></tr></table>		☐ Physician Office Notes Notas del consultorio médico	☐ History & Physical Antecedentes y exámenes médicos	☐ Consultations Consultas	☐ Discharge Summary Resumen del alta	☐ Operative/Procedure Reports Informes de procedimientos o cirugías	☐ Cardiology/EKG Reports Informes de cardiología/ECG	☐ Lab Results Resultados de análisis de laboratorio	☐ Radiology Reports Informes de radiología	☐ Emergency Room Dept. Reports Informes de las sala de emergencia	☐ Radiology Images Imágenes de radiología	☐ Progress Notes Comentarios sobre la evolución	☐ Pathology Reports Informes de patología	☐ Other / Otro: _____	
☐ Physician Office Notes Notas del consultorio médico	☐ History & Physical Antecedentes y exámenes médicos														
☐ Consultations Consultas	☐ Discharge Summary Resumen del alta														
☐ Operative/Procedure Reports Informes de procedimientos o cirugías	☐ Cardiology/EKG Reports Informes de cardiología/ECG														
☐ Lab Results Resultados de análisis de laboratorio	☐ Radiology Reports Informes de radiología														
☐ Emergency Room Dept. Reports Informes de las sala de emergencia	☐ Radiology Images Imágenes de radiología														
☐ Progress Notes Comentarios sobre la evolución	☐ Pathology Reports Informes de patología														
☐ Other / Otro: _____															

4. HOW INFORMATION SHOULD BE RELEASED / CÓMO SE DEBE DIVULGAR LA INFORMACIÓN:

- ☐ **Pick up by / La recoge** ☐ **patient or / el paciente o** ☐ **name of person picking up / nombre de la persona que la recoge:** _____
- ☐ **US Mail via the address listed in Section 2 / Correo postal de Estados Unidos a la dirección que se indica en la sección 2.**
- ☐ **Email to email address / Enviar por correo electrónico a la siguiente dirección:** _____
- ☐ **Fax to my healthcare provider (listed in Section 2) for continuity of care requests / Enviar por fax a mi proveedor de atención médica** (que se indica en la sección 2) para las solicitudes de continuidad de la atención.

Need records certified / Necesita los archivos certificados: ☐ **YES / Sí** ☐ **NO**

5. THE REASON I WANT TO DISCLOSE MY HEALTH INFORMATION / MOTIVO POR EL QUE DESEO DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA:

- ☐ **Personal Use / Uso personal** ☐ **Attorney / Legal / Jurídico/abogados**
- ☐ **Continuity of Care (Medical Treatment) / Continuidad de la atención (tratamiento médico)** ☐ **Insurance / Seguro médico**
- ☐ **Disability / Discapacidad** ☐ **Other (describe) / Otro (explique):** _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA E INFORMACIÓN
**SPANISH TRANSLATION: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
MEDICAL RECORDS AND INFORMATION**

6. **HOW LONG IS THIS AUTHORIZATION VALID? / ¿CUÁNTO TIEMPO TIENE VIGENCIA ESTA AUTORIZACIÓN?** This authorization will expire 6 months from the date it is signed unless I write another date here / Esta autorización estará vigente por 6 meses a partir de la fecha en que se firma, a menos que yo anote otra fecha aquí: _____
7. **HOW DO I REVOKE THIS AUTHORIZATION? / ¿CÓMO ANULO ESTA AUTORIZACIÓN?** Entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización por escrito en cualquier momento. Esto no afectará las acciones que ya se hubieran tomado basándose en él. Si estoy autorizando a Northside para que divulgue la historia clínica, esta autorización se puede anular si lo solicito por escrito al Departamento de Servicios de Información Médica (Health Information Services Department) de Northside Hospital, ubicado en 1000 Johnson Ferry Road, Atlanta, Georgia, 30342. Si estoy autorizando a una persona o institución que no pertenece a Northside para que divulgue la historia clínica, debo comunicarme con dicha persona o institución para que me den instrucciones para anular esta autorización.
8. **WHAT ARE THE FEES FOR RELEASING RECORDS? / ¿CUÁL ES LA TARIFA PARA DIVULGAR LA HISTORIA CLÍNICA?** Las leyes federales y estatales permiten que se cobren tarifas razonables que correspondan a los gastos realizados por la copia y entrega de la historia clínica del paciente. Si se aplican tarifas a mi solicitud, seré responsable por el pago.
9. **WILL MY RECORDS REMAIN CONFIDENTIAL AFTER DISCLOSURE? / ¿SEGUIRÁ SIENDO CONFIDENCIAL MI HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS QUE SE DIVULGÓ?** La historia clínica y la información que se den a conocer conforme a esta autorización podrían ser divulgadas posteriormente por el destinatario y ya no serán objeto de las protecciones que estipulan las leyes y reglamentos federales de privacidad. Ningún formato electrónico de mi información médica podrá cifrarse ni protegerse con contraseña. Soy responsable de tomar medidas de precaución para proteger los datos y almacenarlos de forma segura. Por la presente, libero a Northside y a sus representantes y empleados de todas las obligaciones, responsabilidades, daños y reclamos que pudieran surgir a causa de la divulgación, recepción o divulgación posterior de esta historia clínica y la información que en ella se incluye por parte de un establecimiento de Northside.
10. **CAN I REFUSE TO AUTHORIZE DISCLOSURE? / ¿PUEDO NEGARME A AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN?** La autorización para usar o divulgar la información antes mencionada es voluntaria y ni Northside ni mi proveedor de atención médica pueden condicionar el tratamiento a mi firma de esta autorización, salvo en circunstancias limitadas en las que (1) el tratamiento relacionado con la investigación esté condicionado a la autorización para divulgar mi historia clínica, o (2) el tratamiento tenga como único fin crear información médica para divulgarla a un tercero (como en un examen para la indemnización por accidentes laborales).
11. **WAIVER / RENUNCIA:** si la información médica que he solicitado que se divulgue incluye cualquier información relacionada con la salud mental, la drogadicción, las pruebas o el tratamiento de enfermedades infecciosas (incluidas, entre otras, información confidencial sobre el VIH/sida, enfermedades venéreas, tuberculosis o hepatitis) o las pruebas genéticas, doy mi consentimiento para la divulgación de dicha información médica confidencial por parte de Northside o mi proveedor de atención médica y renuncio a cualquier privilegio con respecto a dicha información con el fin de divulgarla a la persona o a la institución que se menciona en la sección 2. Si soy una madre biológica que firma esta autorización en nombre de mi hijo menor de edad, reconozco que la historia del menor también puede incluir mi información médica confidencial relacionada con la salud mental, la drogadicción, las enfermedades infecciosas (incluidas, entre otras, información confidencial sobre el VIH/sida, enfermedades venéreas, tuberculosis o hepatitis) o las pruebas genéticas, y por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación de mi información médica confidencial en la historia de mi hijo menor de edad y renuncio a cualquier privilegio con respecto a dicha información con el fin de divulgarla a la persona o a la institución que se menciona en la sección 2.

Note: Please read this form in its entirety and complete all applicable lines below. By signing this authorization, you affirmatively represent that (i) you are the patient OR (ii) you are legally authorized to have access to the patient's medical records. You may be asked for additional documentation. / Nota: lea este documento en su totalidad y complete todos los espacios que correspondan. Al firmar esta autorización, usted afirma que (i) es el paciente O (ii) que está legalmente autorizado para tener acceso a la historia clínica del paciente. Es posible que le pidan más documentación.

Signature of Patient or Legal Representative
Firma del paciente o del representante legal

Date/Time
Fecha y hora

Relationship to Patient If Not the Patient
Relación o parentesco con el paciente si no es el paciente

Reason Patient Unable to Sign
Motivo por el que el paciente no puede firmar

Interpreter's Signature
Firma del intérprete

Date/Time
Fecha y hora

Note: If remote interpretation used (phone/iPad), record interpreter name and ID#
Nota: si se utiliza interpretación a distancia (teléfono o iPad), indique el nombre y n.º de identificación del intérprete
Interpreter Comments (optional) / Comentarios del intérprete (opcional):

NOTICE TO PARTY RECEIVING SUBSTANCE ABUSE RECORDS: 42 CFR Part 2 prohibits unauthorized use or disclosure of these records / AVISO A LA PARTE QUE RECIBE LAS ANOTACIONES SOBRE DROGADICCIÓN: la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) prohíbe el uso o la divulgación no autorizada de esta historia clínica.

Please return completed form via email to roirequest@northside.com or via fax to 404-250-8248 / Complete este formulario y devuélvalo por correo electrónico a roirequest@northside.com o por fax al 404-250-8248.