



MEDICINA FAMILIAR, PEDIATRIA, SALUD MENTAL, QUIROPRACTICA & SERVICIOS DENTALES  
AUTORIZACION PARA EL USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Al firmar este documento usted autoriza que usemos o revelemos información sobre usted (u otra persona a la que usted tiene autorización para firmar) que esté protegida por la ley federal, con el único propósito y período de tiempo especificado a continuación. Usted puede negarse a firmar esta autorización. Sujeto a ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información de salud protegida.

La información a ser utilizada o revelada debe ser identificada de manera específica y significativa (ver lista abajo). El propósito del uso y divulgación es proporcionar tratamiento y servicios médicos. Por la presente solicito copias de todos los registros relacionados con mi historial de salud y atención médica que sean enviados a:

**215 NORTH COLEMAN STREET, SWAINSBORO, GA 30401**

Swainsboro 215 N. Coleman St. Swainsboro, GA 30401 478.237.2638 Ph 478.237.9138 Fax	Reidsville 117 Memorial Dr Reidsville, GA 30453 912.557.3300 Ph 912.557.3328 Fax	Soperton 4357 E Louisiana Ave Soperton, GA 30457 912.488.4234 Ph 912.529.5535 Fax	Metter 34NW Broad St Metter, GA 30439 912.685.4040 Ph 912.685.4041 Fax	Baxley 1636 Hatch Pkwy S Baxley, GA 31513 912.705.5656 Ph 912.705.5652 Fax	Mount Vernon 118 East Broad St Mount Vernon, GA 30445 912.583.2277 Ph 912.583.2286 Fax	Sylvania 330 Mims Rd Sylvania, GA 30467 912.451.5887 Ph 912.451.5886 Fax
Vidalia 118 Alice Coleman Dr Vidalia, GA 30474 912.537.6565 Ph 912.537.6161 Fax	Wadley 257 North Main St Wadley, GA 30477 478.252.0027 Ph 478.252.0029 Fax	Statesboro 1570 Brampton Ave Statesboro, GA 30458 912.764.9196 Ph 912.764.8401 Fax	Millen 1075 East Winthrope Ave Millen, GA 30442 478.249.1200 Ph 478.249.1203 Fax	Claxton 6459 US Hwy 301 Claxton, GA 30417 912.732.1200 Ph 912.732.1202 Fax	Crider 1 Plant Ave Stillmore, GA 30464 912.562.3064 Ph 912.562.3061 Fax	

**PLEASE INCLUDE ALL INFORMATION CHECKED:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todo historial medico, incluido Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Registros de VIH       | <input type="checkbox"/> Papanicolaou         |
| <input type="checkbox"/> Todo historial medico, excluido Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Registros de Hospital  | <input type="checkbox"/> Reporte de Visitas   |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Colonoscopias                  | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones         | <input type="checkbox"/> Reporte Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Medicinas Actuales                           | <input type="checkbox"/> Prueba de Laboratorio  | <input type="checkbox"/> Rayos X              |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Drogas y Alcohol                   | <input type="checkbox"/> Lista de Alergias      | <input type="checkbox"/> Otros:               |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Electrogramas EKG              | <input type="checkbox"/> Resultado de Mamograma |   |

Nombre o identificación específica de la persona(s), o clase de personas, autorizada a solicitar el uso o la divulgación de su información médica. (¿Quién está revelando la información? Especifique el nombre y la información del contacto)

Nombre o identificación específica de la persona(s), o clase de personas, a quien EGHC puede solicitar el uso y divulgación de su información médica. (¿Quién recibe la información? Especifique el nombre y el contacto)

Fecha de vencimiento o vencimiento de un evento (debe referirse a la persona o con el propósito del uso o divulgación):

Su información está protegida bajo las leyes federales, y usted tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito. Tenga en cuenta, que cualquier revocación será efectiva solamente si no hemos tomado acción antes de recibir la revocatoria. Al firmar este documento, usted reconoce que la información de salud protegida usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario de esta descripción y ya no esté protegida por las leyes federales. No vamos a condicionar el tratamiento medico basado en su autorización. Usted puede negarse a firmar dicha autorización.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Como Representante Autorizado, tengo la potestad de actuar a favor de este individuo porque soy: