



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 Winthroe 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: