

**Información del Paciente**

NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL N.º DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

**¿A dónde enviamos los Registros?**

ENVIAR REGISTROS A

NOMBRE/ORGANIZACIÓN

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	FAX (solo proveedores)		

**UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS/REGISTROS QUE SE DIVULGARÁN (marcar todas las opciones que correspondan):**

NGMC Gainesville     NGMC Braselton     NGMC Barrow     NGMC Habersham     NGMC Lumpkin     Hospice  
 Georgia Heart Institute     New Horizons     NGPG (specify locations): \_\_\_\_\_  
 Braselton Surgery Center     Otro: \_\_\_\_\_

**¿Qué Registros o Informes Deben Divulgarse?**

**FECHAS DE SERVICIO o RANGO DE FECHAS:** \_\_\_\_\_

Todos los Registros Médicos     Conjunto de Registros Designado (Todos los Registros Médicos + Imágenes/Facturación)     Registros de Facturación  
 Resumen del Alta     Historial y Examen Físico     Consultas     Informes Quirúrgicos/Procedimientos     Radiología: Informes e Imágenes  
 Radiología: Solo Informes     Resultados de Laboratorio     Informes de Patología     Notas de la Sala de Emergencias     Notas Clínicas  
 Cardiología     Radioterapia: Archivos DICOM  
 Resumen/Compendio del Registro (Historial/Examen Físico, Consultas, Cirugía, Radiología, Resumen del Alta)     Lista de Medicamentos  
 Otro: \_\_\_\_\_

**¿Qué Formato y Método de Entrega Preferiría?**

**Formato:**  Papel  CD/DVD  Memoria USB  Digital/Electrónico  Portal del Paciente MyChart\*  Exportación de EHI\*\*  Powershare

\*Esta opción solo está disponible si tiene una cuenta MyChart de NGHS (llame al servicio de asistencia de MyChart al 770-219-1963 o iniciar sesión en <https://mychart.nghs.com/mychart/accesscheck.asp> para registrarse).

\*\*Las exportaciones de EHI (información médica electrónica) no están formateadas para uso humano y su uso depende del sistema que la recibe.

**Método de Entrega:**  Correo postal  Recogerlo Físicamente  Fax (solo proveedores)  Correo electrónico (requerido para Powershare): \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el Propósito de la Divulgación?**

Seguro     Personal     Tratamiento     Legal  
 Otro: \_\_\_\_\_

*La información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las Protecciones de Privacidad, excepto por el Abuso de Alcohol y Drogas según se define en 42 CFR Parte 2, y puede que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [45 CFR Parte 164] y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].*

- Por la presente autorizo a Northeast Georgia Health System y/o sus socios comerciales a divulgar/revelar registros médicos y/u otra información obtenida en el curso de mi diagnóstico y/o tratamiento. Acepto pagar los cargos por copia si corresponde para uso legal, de seguros y/o personal.
  - Por la presente libero a Northeast Georgia Health System y/o sus socios comerciales de cualquier responsabilidad que pueda resultar de esta divulgación de información médica confidencial, o que pueda surgir como resultado del uso de la información contenida en la información divulgada. Entiendo que puedo revocar esta autorización proporcionando un aviso por escrito de mi intención. A menos que se retire, este consentimiento caducará en treinta (30) días a partir de la fecha de la firma.
- Esta información puede incluir información Médica/Quirúrgica, Psiquiátrica, Sobre Abuso de Sustancias, Genética, VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.
- Autorizo que esta información se envíe por fax al proveedor de Atención Médica Solicitante.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	FECHA
SI FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, RELACIÓN CON EL PACIENTE	FIRMA DEL TESTIGO (SI CORRESPONDE)
Número de Intérprete: _____	Firma del Intérprete: _____

**Northeast Georgia Health System no es un proveedor de servicios de atención al paciente; más bien, es una organización matriz de una familia de proveedores de atención afiliados que brindan servicios de gestión de información de salud a través de Health Information Department (Departamento de Información de Salud).**



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



C-45 B

FORM # C-45 B (2/14/25)

**CONSENTIMIENTO PARA  
LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN**

## CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Tener en cuenta que, si recibió servicios de imágenes, de urgencias o de anestesia y necesita registros de facturación, deberá comunicarse con la entidad que brinda esos servicios profesionales en Northeast Georgia Medical Centers.

Para **la facturación de médicos especialistas en imágenes**, comunicarse con:

- Gainesville Radiology Group, P.C. (Gainesville, Braselton, Barrow or Lumpkin) or
- South Georgia Radiology Associates (Habersham).

Para **la facturación de médicos especialistas en urgencias**, comunicarse con Georgia Emergency Department Services.

Para **los registros de facturación de anestesia** de los servicios del anesthesiólogo, comunicarse con:

- Anesthesia Associates of Gainesville, P.C. (Gainesville & Braselton),
- Resource Anesthesia, P.C. (Barrow), and
- Total Care Anesthesia Partners, LLC (Habersham).

## Formulario Sobre la Mención de la Lista de Tarifas

Para procesar su solicitud de registros médicos, necesitamos que llene este formulario en su totalidad (frente y dorso).

Envíe el formulario lleno con una copia de su identificación con fotografía o licencia de conducir a:

POR CORREO A

**Health Information Management**

743 Spring Street  
Gainesville, GA 30501

EN PERSONA, ENTREGAR A

**Health Information Management**

NGMC Main Campus, South Patient Tower, Ground Floor  
743 Spring Street  
Gainesville, GA 30501

FAX

**770-219-6903**

### Tarifas de Copia de Registros Médicos\* para Pacientes

Registros en Papel:	
Tarifa Fija de Reproducción	\$0.90
más tarifa por página	\$0.05
Jump Drive (Unidad Flash USB) o entrega electrónica	\$6.50
Tarifa de Certificación	\$7.50
<b>El cargo máximo por recuperación de registros es</b>	<b>\$400.00</b>

Las tarifas asociadas con la obtención de registros médicos están reguladas por el Georgia Department of Community Health (Departamento de Salud Comunitaria de Georgia) y NO se aplican cuando se necesitan registros para la continuidad de la atención o para realizar o completar una solicitud para un programa de beneficios por discapacidad o un programa de rehabilitación vocacional.

\*Las tarifas asociadas con la obtención de registros para la Compensación de los Trabajadores pueden diferir de las que se enumeran anteriormente.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE