



A Northside Network Provider

English - Spanish - French

Name of Patient: _____ Phone #: _____ DOB: _____
Nombre del paciente _____ N° de tel. _____ Fecha de nacimiento _____

Address / Dirección: _____

Physician Practice Name / Nombre del consultorio del médico: _____

The Northside Hospital Office Practice identified above is hereby authorized to (Please mark appropriate box) / Por la presente, el consultorio médico de Northside Hospital que se identifica arriba, tiene la autorización de (marque el casillero que corresponde):

Release to OR Receive from the following person(s) or entity(ies) or class of person(s) or entity(ies) (Please identify by name or general description and provide address, if known) / Divulgar O Recibir de parte de la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es) o clase de persona(s) o entidad(es) (identifique por el nombre o con una descripción general y proporcione una dirección si la sabe): _____

The following protected health information regarding the patient (Please mark appropriate box(es)) / La siguiente información médica protegida que corresponde al paciente (marque el/los casillero(s) que corresponde(n)): Complete Medical Record / Historia clínica completa

Abstract of Medical Record (physician dictated reports & diagnostic reports) / Resumen de la historia clínica (informes dictados por el médico e informes diagnósticos)

Labs only / Solo los análisis de laboratorio Radiology only / Solo Radiología EKG only / Solo ECG

Other (Please specify clearly) / Otros (especifique con claridad) _____

For the following dates of service / Para las siguientes fechas en que recibió el servicio: Start Date / Fecha de inicio: _____ End Date / Fecha de finalización: _____

In the following format / En el siguiente formato: Paper / Papel Electronic / Electrónico Need records certified / La historia clínica debe estar certificada: Yes / Sí No

I understand that in some instances my medical record may also include my health information from other healthcare facilities owned and/or operated by Northside Hospital. / Entiendo que en algunos casos mi historia clínica podrá incluir también mi información médica proveniente de otros centros de atención médica que pertenecen y/o son dirigidos por Northside Hospital.

Unless you state otherwise, this authorization includes the release and disclosure of all medical records and information, including but not limited to, paper and electronic records, x-rays, films, and other documents, except as otherwise noted below. This authorization includes the release of any information regarding treatment or referral for substance abuse, including drugs and alcohol, except for patients treated for substance abuse at the Northside Hospital Behavioral Health Recovery Program. (See Page 2 for additional information). If you have received genetic testing, for example for the breast cancer gene, a different consent form is required. / A menos que indique lo contrario, esta autorización incluye que se divulgue y comparta la historia clínica e información en su totalidad como por ejemplo la historia clínica digital e impresa, radiografías y otros documentos excepto que se notifique lo contrario a continuación. Esta autorización incluye su permiso para divulgar cualquier información sobre tratamientos o derivaciones médicas por abuso de drogas, medicamentos y bebidas alcohólicas, excepto para pacientes que recibieron tratamiento por abuso de drogas en el Programa de Rehabilitación del Departamento de Salud del Comportamiento de Northside Hospital. (Para más información, vea la página 2). Si le hicieron pruebas genéticas (por ejemplo, para detectar el gen de cáncer de mama), se debe completar otro formulario de consentimiento.

Unless you state otherwise by marking one or both boxes below, this authorization includes the release and disclosure of records and information which may include (i) HIV/AIDS confidential information and/or (ii) privileged mental health communications between the patient and a mental healthcare provider, and you affirmatively waive any protections from disclosure that might otherwise apply. HIV/AIDS confidential information is defined by Georgia law to include the fact that a patient has had an HIV test or been counseled about HIV, even if the test is negative. NOTE: Unless otherwise permitted by law, the release of HIV/AIDS confidential information and/or privileged mental health communications can be authorized only by the patient or an individual who is legally authorized to make a living patient's healthcare decisions, including a legal guardian, health care agent, or parent of a minor. / A menos que indique lo contrario al marcar uno o ambos casilleros a continuación, este documento autoriza que se dé a conocer y se divulguen expedientes e información que podrán incluir (i) información confidencial sobre VIH/SIDA y/o (ii) comunicaciones confidenciales sobre salud mental entre el paciente y el proveedor de atención de salud mental, y asimismo usted confirma que rechaza cualquier protección vinculada a la divulgación de información que aplicaría en caso contrario. El modo en que las leyes de Georgia definen a la información confidencial sobre VIH/SIDA incluye el hecho de que un paciente se haya hecho un análisis del VIH o si recibió asesoramiento sobre el VIH, aunque el resultado fuera negativo. NOTA: A menos que lo permita la ley, solo el paciente o la persona con autorización legal a tomar decisiones sobre la salud del paciente (tutores, representantes de asuntos médicos, o la madre o el padre de un menor) puede autorizar a que se divulgue información confidencial sobre el VIH/SIDA y/o las comunicaciones confidenciales sobre salud mental.

- I object to the release of HIV/AIDS confidential information. / Me opongo a que se dé a conocer información confidencial sobre el VIH/SIDA.
- I object to the release of any privileged mental health communications under Georgia law. / Me opongo a que se dé a conocer cualquier tipo de comunicación confidencial sobre salud mental en conformidad con las leyes de Georgia.

The purpose of the requested disclosure is / El propósito de la siguiente solicitud de divulgación es el siguiente: _____

I understand that my/ the patient's treatment at a Northside Hospital Physician Practice Office and/or Northside Hospital will not be affected if I refuse to sign this authorization. I also understand my right to revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has already been taken in reliance on it or if the authorization was provided as a condition of obtaining insurance coverage. Note: This authorization can be revoked by submitting a written request to the Practice Coordinator at the Northside Hospital Physician Practice Office identified above. / Entiendo que el tratamiento que recibo o que recibe el paciente en un consultorio médico de Northside Hospital y/o en Northside Hospital no se verá afectado si rehúso firmar esta autorización. También entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan emprendido acciones judiciales basadas en él o en caso de que la autorización se haya presentado como condición para obtener cobertura médica. Nota: Este formulario puede revocarse mediante el envío de una solicitud por escrito al coordinador de la práctica médica afiliada al consultorio médico de Northside Hospital que se menciona antes.

This authorization for the release of protected health information shall remain in effect until the earlier of any of the following dates / Esta autorización para dar a conocer información médica protegida tendrá vigencia hasta la fecha que esté más próxima a cualquiera de las siguientes fechas:

- (a) _____ (in this blank, you may include a specific expiration date or event, such as conclusion of a lawsuit) / (en este espacio en blanco puede incluir una fecha de caducidad específica o un acontecimiento, por ejemplo, la finalización de un juicio);
- (b) the date I revoke this authorization in writing;
- (c) three (3) years from the date on which I signed this authorization. If I signed this authorization on behalf of a minor, it will expire when the minor turns 18, marries or becomes emancipated under Georgia law. / La fecha en que revoqué por escrito esta autorización; o (c) tres (3) años después de la fecha en que firmé esta autorización. Si firmé esta autorización de parte de un menor, caducará cuando el menor cumpla los 18 años, se case o se emancipe conforme a las leyes de Georgia.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA E INFORMACIÓN

SPANISH TRANSLATION: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION

SPANISH TRANSLATION: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA E INFORMACIÓN

Note: Please read BOTH SIDES of this form and complete all applicable lines below, with your signature, date and time. By signing this authorization, you affirmatively represent that (i) you are the patient OR (ii) the patient is alive and you are legally authorized to make his or her healthcare decisions, including the release of medical records. / Nota: Lea AMBOS LADOS de este documento y complete todo la información que corresponde a continuación, junto con su firma, fecha y hora. Al firmar esta autorización, usted declara en forma expresa que (i) es el/la paciente, O, que el/la paciente está vivo/a y que usted (ii) tiene la autorización legal a tomar decisiones de atención médica en nombre del/de la paciente, incluso sobre la divulgación de las historias clínicas.

Witness Testigo	Date/Time Fecha/Hora
Interpreter Signature / Firma del intérprete	Date/Time Fecha/Hora
Interpreter comments (optional) / Comentarios del intérprete (optional):	
Reason Patient Unable to Sign Motivo por el que el paciente no puede firmar	
Signature of Patient or Legal Representative Firma del paciente o representante legal	Date/Time Fecha/Hora
Relationship to Patient If Not the Patient Relación o parentesco con el paciente si no es el paciente	

Note: To authorize the disclosure of psychotherapy notes, the additional form entitled *Authorization for Release of Psychotherapy Notes* will need to be completed. To authorize the disclosure of patient records from the Northside Hospital Behavioral Health Recovery Program, the additional form entitled *Authorization for Release of Alcohol and Drug Abuse Patient Records* will need to be completed. / Nota: Para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia, se deberá completar otro formulario titulado *Autorización para la divulgación de notas de psicoterapia*. Para autorizar la divulgación de los expedientes del paciente del programa de rehabilitación del Departamento de Salud del Comportamiento de Northside Hospital, se deberá completar otro formulario titulado *Autorización para la divulgación de historia clínica del paciente sobre el abuso de drogas, medicamentos y bebidas alcohólicas*.

I understand the potential that medical records and information disclosed pursuant to this authorization in whatever form and/or means provided (including, but not limited to, electronic transmission, paper copies, CDs, films, and flash drives) may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be subject to protections under the federal privacy laws and regulations. I further understand that any electronic format of my health information that I receive may not be encrypted or password protected and I am responsible for taking precautions to protect the data and storing it in a secure manner. By choosing to receive my health information electronically, I acknowledge and accept the risk of doing so. I hereby release the Northside Hospital Physician Office Practice, Northside Hospital, Inc., and their agents and employees from any and all liabilities, responsibilities, damages, and claims which might arise from the release, receipt, and/or re-disclosure of the medical records and information I have authorized above. / Entiendo que existe la posibilidad de que las historias clínicas y la información que se da a conocer conforme a esta autorización, sin importar la manera o forma en que se proporcione (por ejemplo, mediante transmisiones electrónicas, copias en papel, CDs, películas y memorias) podrá estar sujeta a una nueva solicitud de divulgación por parte del destinatario y no estará sujeta a las protecciones que estipulan las leyes de privacidad y regulaciones federales. También entiendo que el formato electrónico en que reciba la información médica no estará encriptado o protegido con una contraseña y que soy responsable de tomar las precauciones necesarias para proteger la información y guardarla de forma segura. Entiendo y acepto el riesgo que conlleva recibir mi información médica en formato electrónico. Por medio de la presente, libero al consultorio médico de Northside Hospital, a Northside Hospital, Inc., y a sus representantes y empleados de cualquier tipo de responsabilidad legal, daños y reclamos que pudieran surgir por la divulgación, recepción o por una nueva solicitud de divulgación de las historias clínicas e información que autorice antes.

NOTICE TO RECEIVING AGENCY OR INDIVIDUAL NOTIFICACIÓN A LA DEPENDENCIA O AL INDIVIDUO QUE RECIBE LA INFORMACIÓN

Disclosure or receipt of the information authorized above does not remove any privilege or right of confidentiality with respect to the information and does not authorize re-disclosure of the information. If any of the disclosed information relates to treatment or referral for treatment for substance abuse which is protected by Federal confidentiality rules (42 C.F.R. Part 2), the following notice shall also apply. / El hecho de dar a conocer o de recibir la información autorizada deserta anteriormente, no elimina ningún privilegio o derecho de confidencialidad con respecto a la información que se da a conocer. Si una parte de la información que se da a conocer se relaciona con tratamientos o derivaciones a tratamientos por abuso de drogas, medicamentos o bebidas alcohólicas bajo la protección de las leyes de confidencialidad federales, (42 C.F.R. Parte 2), la siguiente notificación también aplicará.

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 C.F.R. Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 C.F.R. Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient. / La información que le dieron a conocer forma parte de documentos amparados bajo las regulaciones federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las regulaciones federales le prohíben dar a conocer dicha información en el futuro, a menos que tenga la autorización expresa mediante un consentimiento escrito por parte de la persona a quien le pertenece la información o esté de otra forma autorizado bajo 42 CFR Parte 2. Una autorización general para dar a conocer información médica o de otro tipo, NO es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales limitan cualquier uso de la información para hacer investigaciones criminales o para procesar a pacientes por abuso de drogas, medicamentos o bebidas alcohólicas.