



# Autorización para uso/ Divulgación de Información Médica protegida Authorization For Use/ Disclosure of Protected Health Information

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Necesitamos la información a continuación para ayudar al proveedor a localizar el historial médico del paciente. Una vez rellenas, las solicitudes de autorización se pueden enviar por correo electrónico a [RecordsRequest@piedmont.org](mailto:RecordsRequest@piedmont.org).  
**PATIENT INFORMATION:** The following information is needed to assist the provider in locating the patient's medical record. Completed Authorization Requests can be submitted via email to [RecordsRequest@piedmont.org](mailto:RecordsRequest@piedmont.org).

Nombre del paciente: Patient Name:	Fecha de nacimiento del paciente: Patient Date of Birth:
---------------------------------------	---

Dirección del paciente: Patient Street Address:	Nº de teléfono: Phone:
--	---------------------------

Ciudad/Estado/Código postal: City/State/Zip:	Dirección de correo electrónico: Email Address:	Móvil/Otro #: Cell/Alternate #:
---	--	------------------------------------

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN:** Con el presente autorizo a Piedmont Healthcare a revelar los registros del centro abajo marcado  
**REQUEST AUTHORIZATION:** I hereby authorize Piedmont Healthcare to disclose records from facility checked below

Proveedor de Piedmont Piedmont Provider	Teléfono Phone	Fax Fax	Proveedor de Piedmont Piedmont Provider	Teléfono Phone	Fax Fax
<input type="checkbox"/> Piedmont Athens Regional Med. Ctr.	706-475-3361	1-833-605-1230	<input type="checkbox"/> Piedmont Henry Hospital	678-604-5844	1-833-605-2368
<input type="checkbox"/> Piedmont Atlanta Hospital	404-605-3280	1-833-605-2063	<input type="checkbox"/> Piedmont Macon	1-888-801-9165	404-845-3919
<input type="checkbox"/> Piedmont Augusta Hospital	706-774-2281	706-774-8737	<input type="checkbox"/> Piedmont Macon Northside	1-888-801-9165	404-845-3919
<input type="checkbox"/> Piedmont Augusta – Summerville	706-774-2281	706-774-8737	<input type="checkbox"/> Piedmont McDuffie Hospital	706-774-2281	706-774-8737
<input type="checkbox"/> Piedmont Cartersville Hospital	1-888-801-9165	404-845-3918	<input type="checkbox"/> Piedmont Medical Care Corporation	678-423-6633	404-614-1607
<input type="checkbox"/> Piedmont Columbus – Midtown	706-571-1709	1-833-605-2184	<input type="checkbox"/> Piedmont Mountainside Hospital	706-301-5455	1-833-605-3477
<input type="checkbox"/> Piedmont Columbus – Northside	706-494-2177	1-833-605-2184	<input type="checkbox"/> Piedmont Newnan Hospital	770-400-4181	1-833-605-3261
<input type="checkbox"/> Piedmont Eastside Hospital	1-888-801-9165	404-845-3920	<input type="checkbox"/> Piedmont Newton Hospital	770-385-4235	404-845-3906
<input type="checkbox"/> Piedmont Fayette Hospital	770-719-6825	1-833-605-3204	<input type="checkbox"/> Piedmont Rockdale Hospital	770-918-3372	1-833-605-3495
<input type="checkbox"/> Piedmont Heart Institute	404-605-5570	404-614-1608	<input type="checkbox"/> Piedmont Walton Hospital	770-267-1880	1-833-605-3495

<input type="checkbox"/> Nombre del consultorio medico/Ubicación: _____	678-423-6633	404-614-1607
---	--------------	--------------

**REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Los registros se revelarán a la persona o entidad enumerada a continuación por:  
 Portal de correo electrónico seguro       Correo electrónico       MyChart

**DISCLOSURE:** Records to be disclosed to the person or entity listed below by:  Secure E-mail Portal  Mail  MyChart

Nombre: Name:
------------------

Dirección Street Address:
------------------------------

Ciudad/Estado/Código postal: City/State/Zip:
---

Nº de teléfono: Phone:	Fax: Fax:
---------------------------	--------------

Objetivo: Purpose:	<input type="checkbox"/> A solicitud del paciente/representante Patient/Representative request	<input type="checkbox"/> Otro: Other:
-----------------------	---	--

**DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE QUIERE REVELAR: Fechas del servicio:** \_\_\_\_\_  
**DESCRIPTION OF INFORMATION FOR RELEASE: The applicable dates of service:**

<input type="checkbox"/> Historial médico complete Entire Medical Record	<input type="checkbox"/> Parte de urgencias Emergency Room Record	<input type="checkbox"/> Bloques/diapositivas patología Pathology Slides/Blocks	<input type="checkbox"/> Historial financiero Financial Record	<input type="checkbox"/> Copia certificada Certified Copy
<input type="checkbox"/> Resumen del historial* Abstract of Record*	<input type="checkbox"/> Placas/CD radiológicas Radiology Film/CD	<input type="checkbox"/> EHI Export Placas EHI Export	<input type="checkbox"/> Otro: _____ Other:	

\*En el resumen del historial se incluyen informes sobre el historial/físicos así como informes operativos, sobre las consultas y las altas y los resultados de las pruebas de diagnóstico.  
 \*An abstract of the record includes the History/Physical Report, Operative, Consultation and Discharge Summary Reports and diagnostic test results.

**Autorización para el uso/Divulgación de información médica protegida****Authorization For Use/Disclosure of Protected Health Information**

Entiendo que la información que autorizo al proveedor/es de Piedmont a utilizar/divulgar podría incluir información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales, abuso de sustancias, dependencia a sustancias químicas y abuso de alcohol, incluyendo comunicaciones confidenciales psiquiátricas o psicológicas, así como otro tipo de información de salud mental, enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, enfermedades venéreas, tuberculosis o hepatitis y pruebas o información genética como consecuencia de pruebas genéticas. Con el presente renuncio a cualquier privilegio relacionado con la difusión de esta información a la persona o entidad a la que he autorizado más arriba. Entiendo que la información utilizada/revelada como consecuencia de la presente autorización no incluirá notas de psicoterapia, es decir, las grabadas por un profesional de salud al documentar o analizar el contenido de las conversaciones durante las sesiones de terapia que se guardan separadas del resto del historial médico.

I understand that the information that I am authorizing the above Piedmont Provider(s) to use/disclose may include information related to the diagnosis or treatment of mental illness, substance abuse, chemical dependency, and alcohol abuse, including privileged psychiatric or psychological communications and other detailed mental health information; infectious diseases, such as HIV/AIDS, venereal disease, tuberculosis or hepatitis; and genetic testing or information derived from genetic testing. I hereby waive any privilege concerning such information for the disclosure to the person or entity I have authorized above. I understand that the information used/disclosed pursuant to this authorization will not include psychotherapy notes, which are notes recorded by a mental health professional documenting or analyzing contents of conversation during a counseling session that are kept separate from the rest of the medical record.

Entiendo que la información utilizada o revelada como consecuencia de la presente autorización podría ser objeto de nueva difusión por parte del receptor de la misma y que podría ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient of the information and may then no longer be protected by the federal privacy regulations.

Entiendo que a menos que se limite de otra forma con leyes estatales o federales, yo podría revocar la presente autorización en cualquier momento solicitándola por escrito a la entidad de Piedmont Healthcare marcada arriba, excepto en los casos en que tal entidad haya ya realizado algún acto relacionado con esta autorización. Se puede obtener una solicitud de revocación de la entidad de Piedmont Healthcare seleccionada arriba.

I understand that unless otherwise limited by state or federal regulations, I may revoke this authorization at any time by presenting my revocation in writing to the Piedmont Healthcare entity checked above, except to the extent that such entity has taken action in reliance on this authorization. I understand that a revocation form may be obtained from the Piedmont Healthcare entity checked above.

Entiendo que esta autorización es específica para esta información, propósito y fecha concretos arriba mencionados. Entiendo también que esta autorización es válida durante 90 días a partir de la fecha de hoy y caducará a menos que se escriba aquí una fecha distinta →:

I understand that this authorization is specific to the information, purpose and date(s) of services indicated above. I further understand that this authorization is valid for 90 days from today's date and will expire at that time unless another date is written here →:

Por último, entiendo que los proveedores de Piedmont no condicionarán el tratamiento ofrecido en función de la recepción de esta autorización excepto si tal condicionamiento esté permitida con fines de investigación relacionados con el tratamiento o en los casos en que el único propósito de la información sea difundirlo a un tercero, por ejemplo un examen físico que demuestre que se pueda reincorporar al trabajo.

Lastly, I understand that Piedmont Providers shall not condition treatment on the receipt of this authorization, except when such conditioning is permitted for research-related treatment or in instances where the sole purpose of creating the health information is for disclosure to a third party, for example a fitness-for-duty exam.

**Nota: podría solicitarse el pago de ciertas tasas por proporcionar la información solicitada, pero los registros que tengan por objetivo ofrecer un tratamiento se podrían remitir por fax al proveedor de salud del paciente sin coste alguno. En la mayoría de los casos, la ley permite un plazo de hasta treinta (30) días para procesar las peticiones.**

**Note: There may be fees for provision of the information requested; however, records for treatment purposes may be faxed to the patient's healthcare provider when requested at no charge. Under most circumstances, applicable law permits up to thirty (30) days for record requests to be processed.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal  
Patient or Legal Representative signature

\_\_\_\_\_  
Por favor ESCRIBIR el nombre en letras de molde  
Please PRINT name

\_\_\_\_\_  
Fecha actual  
Today's date

\_\_\_\_\_  
Hora  
Time

Como representante legal, mi relación con el paciente es: \_\_\_\_\_ Se debe adjuntar cualquier documento que acredite dicha representación.  
As Legal Representative, my relationship to the patient is: \_\_\_\_\_ Any document proving such authority must be attached.

El paciente está incapacitado para firmar por el siguiente motivo: \_\_\_\_\_  
The patient is unable to sign because: \_\_\_\_\_