

**Georgia Pediatric Pulmonology Associates, P.C.
Paciente Autorizacion para LANZAR la informacion
protegida de la salud**

Esta autorizacion permite que Georgia Pediatric Pulmonology Associates, P.C. utilicen y/o divulgen individualmente la informacion identificable siguiente de la salud sobre mi (Describe especificamente la informacion que se utilizara o divulgada, por ejemplo fecha de servicio, el nivel del detalle que se lanzara, el origen de la informacion, etc.) Estoy enterado que yo no tengo que firmar esta autorizacion en orden de recibir tratamiento de Georgia Pediatric Pulmonology Associates, P.C.

Informacion Medica Sobre:

**Escriba el nombre entero
del paciente**

**Fecha de nacimiento del
paciente**

**Escriba nombre del Padre/Guardia
Legal (Si tiene 18 anos O mayor)**

Numero de telefono del dia

Compruebe (✓) uno, Yo soy el: **Paciente (de 18 anos o mayor)** **Padre o/** **Guardia Legal con custodia (por favor explique la relacion al paciente)** _____

Para el uso de la oficina solamente:

Llamada para tomar expedientes:

telefono del dia

Expedientes por fax:

escriba nombre de individuo(s) o la agencia

fecha recogido

(_____)_____
numero de fax

O

Expedientes por correo:

escriba nombre de individuo(s) o la agencia

escriba (direccion de la calle o numero de la caja postal)

escriba (ciudad, estado y codigo postal)

- No pongo limitaciones en historia o enfermedades (incluyendo VIH, y/o SIDA, genetico, dependencia de droga o informacion psiquiatrica) o informacion diagnostica y terapeutica, incluyendo cualquier tratamiento alcohólico, abuso de droga, o desordenes psiquiatricas.
- Autorizo la inspeccion de la informacion arriba por la agencia/persona nombrada arriba O a equipar del Photostat o de otras copias
- Entiendo que a menos que de otra manera limitado por estado o regulacion federal, puedo retirar este consentimiento a cualquier tiempo sometiendo mi solicitud de retiro en escritura. El retiro de esta autorizacion no afecta ninguna informacion de salud antes de que Georgia Pediatric Pulmonology Associates recibo en escritura el aviso de retiro.
- Yo por este medio lanzo ha Georgia Pediatric Pulmonology Associates, PC y sus oficiales, directores, agentes y empleados de cualquier o toda responsabilidad, dano, perdida, o demando, que puede presentarse del lanzamiento de infomacion, autorizado arriba.
- En fomento de esta autorizacion, Yo por este medio renuncio todas provisiones de la ley y inmunidad relacionado a los accesos por este medio autorizado.
- Yo por este medio reconozco que he hido (o he tenido ha alguien leerme) las declaraciones de arriba y que entiendo completamente las declaraciones de arriba y que entiendo completamente las declaraciones de arriba y expreso y voluntariamente autorizo la declaracion de esta informacion medica al individuo, agencia nombrada arriba.

Qualquier declaracion de informacion medica por recipiente es prohibido excepto cuando implicito en proposito de esta autorizacion.

Esta autorizacion expira _____ (inserte fechas, eventos o no expiracion designada) o en 6 meces (12 meces para solicitudes escolares), cualquier sea mas corto, y ningun uso mas/accesos como descrito arriba se puede usar despues de la expiracion. Autorizacion sigue aplicada para fechas de tratamiento especificos antes de y en la fecha de la firma, a menos que si no especifique. Especifica excepciones para fecha de futuro lanzamientos son:

Firma: _____ Fecha: _____