



PATIENT IDENTIFICATION (Please Print) | *Identificación del Paciente (Por Favor Imprimir)*

Patient's Name (Please Print) <i>Nombre del Paciente (Por Favor Imprimir)</i>	Parent/Legal Guardian Name (Please Print) <i>Nombre del Padre/Tutor Legal</i>
--	--

HIPAA AND NOTICE OF PRIVACY PRACTICES | *HIPAA y Aviso de Prácticas de Privacidad*

- I hereby acknowledge that I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices. *Por la presente, reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.*
- I understand how Georgia Mountains Health may, or may not, use my protected Health Information in accordance with privacy laws. *Entiendo cómo Georgia Mountains Health puede o no usar mi Información de Salud protegida de acuerdo con las leyes de privacidad.*

CONSENT FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION | *Consentimiento Para la Divulgación de Información de Salud*

- I consent to the disclosure of Health Information to persons outside Georgia Mountains Health for treatment and payment by providing all necessary Health Information to providers to whom I may be referred or health agencies who may be involved in my care. *Doy mi consentimiento para la divulgación de Información de Salud a personas fuera de Georgia Mountains Health para su tratamiento y pago al proporcionar toda la Información de Salud necesaria a los proveedores a los que me pueden derivar o a las agencias de salud que pueden estar involucradas en mi atención.*
- I consent to the disclosure of Health Information to persons outside Georgia Mountains Health for treatment and payment by obtaining payment for health care bills, including checking insurance eligibility, sending Health Information as is needed to secure payment for services to the insurance company, worker's compensation company, or other agency for my health services as identified in my registration forms or insurance information on file. *Doy mi consentimiento para la divulgación de información de salud a personas fuera de Georgia Mountains Health para tratamiento y pago obteniendo el pago de las facturas de atención médica, incluida la verificación de elegibilidad del seguro, el envío de información de salud según sea necesario para asegurar el pago de los servicios a la compañía de seguros, la compensación del trabajador compañía u otra agencia para mis servicios de salud identificados en mis formularios de registro o información de seguro en el archivo.*

AUTHORIZED COMMUNICATION METHODS | *Métodos de comunicación autorizados*

Please initial communication methods that you authorize: *Inicialice los métodos de comunicación que autoriza:*

Georgia Mountains Health is authorized to leave normal test results on **home** answering machine/voice mail.
Georgia Mountains Health está autorizada a dejar los resultados normales de las pruebas en el contestador automático/correo de voz.

Georgia Mountains Health is authorized to leave normal test results on **mobile** answering machine/voice mail.
Georgia Mountains Health está autorizada a dejar los resultados normales de la prueba en el contestador automático/correo de voz móvil.

Georgia Mountains Health is authorized to call me at work with test results.
Georgia Mountains Health está autorizada a llamarme al trabajo con los resultados de las pruebas.

- I understand that my Health Information will not be released to family members or friends that may call on my behalf, unless his/her name is provide to Georgia Mountains Health. *Entiendo que mi información de salud no se divulgará a familiares o amigos que puedan llamar en mi nombre, a menos que se proporcione su nombre a Georgia Mountains Health.*
- Georgia Mountains Health may leave appointment reminders, test results and other necessary information with the following: *Georgia Mountains Health puede dejar recordatorios de citas, resultados de exámenes y otra información necesaria con lo siguiente:*

Full Name <i>Nombre Completo</i>	Relationship to Patient <i>Relación con Patient</i>	Telephone Number <i>Número de Teléfono</i>
		() —
		() —
		() —
		() —
		() —
		() —

REVOCACTION OF CONSENT | *Revocación del Consentimiento*

- I understand that I have the right to revoke these Consents at any time but revoking these Consents will not affect any actions which were taken by Georgia Mountains Health, in accordance with these Consents, before I revoked them. *Entiendo que tengo el derecho de revocar estos Consentimientos en cualquier momento, pero revocar estos Consentimientos no afectará ninguna acción tomada por Georgia Mountains Health, de conformidad con estos Consentimientos, antes de que los revoque.*
- If not previously revoked, these Consents will terminate of the following date, event or condition listed below (if none are indicated, these Consents will terminate three years after the last date of services to me): *Si no se revocó previamente, estos Consentimientos finalizarán en la siguiente fecha, evento o condición que se detalla a continuación (si no se indica ninguno, estos Consentimientos finalizarán tres años después de la última fecha de los servicios para mí):*

Date: *Fecha:* _____

Conditions: *Condiciones:* _____

AUTHORIZATION SIGNATURE | *Firma de Autorización*

I have read and understand the content of this document and hereby agree to inform Georgia Mountains Health of any changes to the information. I understand that I may request restrictions on the use, or disclosure, of my Health Information for the purposes described in this Consent and that Georgia Mountains Health Services may, or may not, agree to the requested restrictions. *He leído y entiendo el contenido de este documento y por la presente acepto informar a Georgia Mountains Health sobre cualquier cambio en la información. Entiendo que puedo solicitar restricciones en el uso o divulgación de mi información de salud para los fines descritos en este consentimiento y que Georgia Mountains Health Services puede, o no, aceptar las restricciones solicitadas.*

Patient/Parent/Guardian Signature *Firma del Paciente/Padre/Tutor*

Date *Fecha*