



**Georgia Department
of Human Services**

Nombre de la persona/consumidor/paciente/solicitante

Fecha de nacimiento

SI SE CONOCE:

Núm. de identificación
Utilizado por la agencia solicitante

Núm. de identificación usado
por la agencia emisora

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN

Por la presente pido que se autorice a:

(Nombre de la persona o agencia que solicita información)

(Dirección)

obtener de:

(Nombre de la persona o agencia que posee la información)

(Dirección)

el siguiente tipo o tipos de información de mis registros (y cualquier parte específica de los mismos):

con el propósito de:

Entiendo que el Reglamento de Privacidad federal ("HIPAA") no protege la privacidad de información si es divulgada, y por lo tanto pide que toda la información obtenida de esta persona o agencia sea conservada de manera estrictamente confidencial y que no se vuelva a divulgar por parte del receptor de esta. Además entiendo que mi elegibilidad para recibir beneficios, tratamientos o pagos no está condicionada y mi provisión de esta autorización. Es mi intención que este documento sea una autorización válida conforme a todos los requisitos del Reglamento de Privacidad y entiendo que mi autorización permanecerá en vigencia durante: (SELECCIONE UNA)

noventa (90) a menos que especifique una fecha de vencimiento anterior aquí:

un (1) año.

(Fecha)

el periodo necesario para completar todas las transacciones sobre los asuntos relacionados a los servicios que se me proporcionan.

Entiendo que a menos que los reglamentos estatales o federales lo limiten, y salvo en la medida en que se haya tomado la acción en base a ella, yo puedo retirar esta autorización en cualquier momento.

(Fecha)

(Firma de la persona/consumidor/paciente/solicitante)

(Firma del testigo)

(Título o relación con la persona)

(Firma del progenitor u otro representante legalmente
autorizado, cuando proceda)

(Fecha)

UTILICE ESTE ESPACIO SOLAMENTE SI SE RETIRA LA AUTORIZACIÓN

(Fecha en la esta autorización es revocada por la persona)

(Firma de la persona o del representante
autorizado)