



Privacy Practices Consent
Consentimiento de Practicas de Privacidad

Patient Name: _____
Nombre del Paciente

DOB: _____
Fecha de Nacimiento

Parent/Guardian Name *(If Applicable):* _____
Nombre de Padre, Madre o Guardián

Verifico que he recibido, entendido y he leído el folleto de información HIPPA (siglas en ingles) Aviso de Practicas de Privacidad. Entiendo que por ley Grupo Medico de Georgia no puede divulgar información médica a terceras personas sin antes tener una autorización por escrito.

De esta manera yo decido si deseo o no deseo que den información a terceras personas. Yo autorizo a Grupo Medico de Georgia a dar información médica a las siguientes personas:

Entiendo que solamente y únicamente las personas que estén en ésta lista están autorizadas a tener conocimiento de mi información médica, entre las cuales son; medicamentos prescritos, exámenes de laboratorio, rayos X, historial medico u otra información que esté dentro de mi expediente ó record médico.

Si no hay ningún nombre en la lista es porque NO autorizo a nadie. De igual manera, el nombre de la persona que no esté en la lista no puede obtener ninguna información de mi record médico.

I verify that I have received, understood and read the HIPPA Regulations brochure. I understood that by law Grupo Medico de Georgia can not disclose any of my protected health information to a third party unless I provide then with a written authorization; as described in the HIPPA brochure. I consent Grupo Medico de Georgia to provide the following people with my protected health information:

I understand that only the people listed on this form are authorized to retrieve my protected health information which includes prescriptions, labs, x-rays, medical history, or any other information that may be in my medical file.

Leaving the lines blank will be interpreted as me not authorizing anyone to have access to my protected health information. If a person's name is not on the list, then he/she does not have my authority to have access to my personal health information.

Signature of Patient or Parent/Guardian
Firma del Paciente o Padre/Madre/Guardián

Date
Fecha