



117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236
 Phone: (678) 610-7696 Fax: (770) 603-4023

NAME OF INDIVIDUAL/CONSUMER/PATIENT APPLICANT	
DATE OF BIRTH	
If Known:	
Patient Medical Record #	Patient SSN#

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Por la presente solicito y autorizo a: _____
 (Nombre de la informacion de la persona o agencia que solicita)

 (Direccion)

Para obtener de: _____
 (Nombre de la persona o agencia que tiene la informacion)

 (Direccion)

El siguiente tip (s) de la informacion de mis registros (y de cualquier parte especifica del mismo):

con el proposito de:: _____

*Entiendo que la ley federal de privacidad(HIPAA) no protegé la privacidad de la informacion encase de volver a ser divulgada, y por lo tanto solicitor que toda la informacion obtendia de esta persona o agencia que se mantiene estrictamente condifencial y no se libera aun mas por el detinatario. Tambien entiendo que mi elegibilidad para los beneficios, el tratamiento o el pago no est condicionado a mi disposicion de la presente autorizacion. Tengo la intncion de este document es una autorizacion vallda conforme con todos los requisitos de la Regia de Privacidad y entiendo de este documento es una autorizacion valida conforme con todo los requisitos de la Regia de Privacidad y entiendo que mi autorizacion permanecera en vgor por: **(marque uno)***

- Noventa (90) dias a menos que especifique una fecha de caducidad antes aqui: _____
- Un (1) ano
- El tiempo necesario para completar todas las transacciones en los asuntos relacionados con los servicios

proporcionan a mi Yo entiendo que a menos que limitada por las regulaciones estatales o federales, y salvo en la medida en ue se han tomado medidas basadas en ell, pued retiranesta autorizacion en cualquier momento.

 (Fecha) _____
 (Firma del individuo/cosumidor/paciente/solicitante)

 (Fecha) _____
 (Firma del padre o representante legaimente autorizado, en su caso)

 (Firma del lestigo) _____
 (Titulo o relacion con la persona)

USE THIS SPACE ONLY IF AUTHORIZATION IS WITHDRAWN

 (Date this authorization is revoked by Individual) _____
 (Signature of Individual or legally authorized Representative)

