

FORMATO DE DIVULGACIÓN E INTENCIÓN DE PAGO DE CARGOS RELACIONADOS CON LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. y The Southeast Permanente Medical Group, Inc. ("Kaiser Permanente")

Envíe a Kaiser Permanente una:

- Autorización para utilizar y divulgar información médica protegida;**
- Autorización para utilizar y divulgar registros de tratamiento de psicoterapia; o**
- Autorización para utilizar y divulgar información de imágenes diagnósticas de seno y mamografía.**

Para que Kaiser Permanente atienda mi solicitud, debo indicar el formato que deseo para que la información solicitada se divulgue al destinatario que indiqué en la autorización. Con respecto a los registros que solicité que Kaiser Permanente divulgue en mi nombre, deseo que la divulgación se haga en los siguientes formatos:

Deseo que mis registros (incluidos los registros de psicoterapia si así se solicitó) se divulguen en los siguientes formatos (sin incluir la información de imágenes diagnósticas de seno y mamografía):

- Memoria USB
- CD
- Papel

(Es posible seleccionar más de una opción).

Deseo que mis registros de imágenes diagnósticas de radiología se divulguen en los siguientes formatos (sin incluir la información de imágenes diagnósticas de seno y mamografía):

- DVD
- Película

(Es posible seleccionar más de una opción).

Deseo que mis registros de información de imágenes diagnósticas de seno y mamografía se divulguen de la siguiente manera:

- Transferencia permanente de las películas originales de las mamografías a al centro de atención indicado en mi solicitud de "Autorización para utilizar y divulgar información de imágenes diagnósticas de seno y mamografía".
- Préstamo de dichas películas para compararlas y devolverlas al centro de atención de origen dentro de treinta (30) días (seleccione **solo** una opción).

Comprendo que se entregarán las películas originales de imágenes diagnósticas de seno y mamografía, y que no habrá copias de respaldo disponibles. Una vez que se entreguen dichas películas, yo seré la única persona responsable de su desecho. Al firmar este formulario, eximo a Kaiser Permanente de toda responsabilidad relacionada con el almacenamiento y el desecho de dichas películas.

Comprendo que, con el fin de completar y atender mi solicitud, podrían aplicarse cargos y que, de conformidad con el Código Oficial de Georgia Anotado (Official Code of Georgia Annotated, O.C.G.A.), sección 31-33-3, el pago de toda la información solicitada debe hacerse antes de la entrega o divulgación. Kaiser Permanente no podrá procesar mi formulario de autorización para utilizar y divulgar información sin mi aceptación de pagar (no se aplican cuotas a los registros solicitados con el propósito de hacer o completar una solicitud para participar en los programas de beneficios por incapacidad, en cuyo caso este formulario es aplicable solo al formato de las selecciones de divulgación).

Si desea conocer nuestro horario de pago, puede consultarlo en la página de "Forms and Publications" (Formularios y publicaciones), en la pestaña de "Locate Our Services" (Localice nuestros servicios) de la página de inicio (kp.org/espanol) o en su consultorio médico.

Deseo preaprobar el costo de mi solicitud (se comunicarán conmigo para darme una estimación del costo). Sí No
Pagaré mediante cheque o tarjeta de crédito (se comunicarán conmigo cuando mi información esté lista).

Al firmar este documento, acepto pagar todos los cargos aplicables relacionados con la finalización y distribución de mi solicitud de entrega de mi información de salud o la de la persona de quien soy padre, madre o representante legal. Además, con respecto a los registros de las imágenes diagnósticas de seno y mamografía, si se solicitó su divulgación, eximo a Kaiser Permanente de toda responsabilidad derivada de la manipulación y el almacenamiento de dichas películas posteriores a su divulgación.

Fecha Firma del paciente o representante personal Indique su relación (en caso de que quien firme no sea el paciente)

6700-0519 DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE 1996 (HIPAA)

Copia al expediente, copia al miembro previa solicitud