

## **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](http://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