



Northeast Georgia
PHYSICIANS GROUP



Georgia Memory Net

Consentimiento y autorización para divulgar información médica protegida y confidencial



Propósito del consentimiento y de la autorización para divulgar información

La organización Georgia Memory Net es un esfuerzo de colaboración entre mi proveedor de atención médica primaria, los proveedores de la Clínica de evaluación de la memoria y los servicios comunitarios dirigidos a brindar apoyo y atención continua a pacientes y cuidadores. Autorizo a la Clínica de evaluación de la memoria de la Universidad de Augusta y a las agencias locales y regionales relacionadas con mi caso que aparecen el párrafo N.º 2 siguiente, para que divulguen mi registro médico completo, lo que incluye mi información médica protegida (PHI) y otra información médica importante (a la que se hará referencia como "información médica"), a las agencias aquí mencionadas a continuación, para los propósitos siguientes:

(i) mantener una atención médica continua con mi proveedor de atención primaria y con el Departamento de Neurología de la Escuela de Medicina de la Universidad Emory; (ii) ingresar y almacenar en el Repositorio de Datos de Georgia Memory Net la información que se usará para el apoyo continuo que se ofrece a pacientes y cuidadores. Puedo ponerme en contacto con el Repositorio de Datos de Georgia Memory Net en:

- » Georgia Alzheimer's Project / Georgia Memory Net
Emory Brain Health Center
6 Executive Park Dr. NE
Atlanta, GA 30329
Número de teléfono: 404.712.4885



La información se enviará por correo o un medio electrónico de comunicación seguro a las personas y entidades siguientes:

- » Mi proveedor de atención médica primaria que me refirió a la Clínica de evaluación de la memoria
- » del Departamento de Neurología de la Escuela de Medicina de la Universidad Emory
- » Alzheimer's Association, Georgia Chapter, 41 Perimeter Center East, Suite 550, Atlanta, GA 30346
- » La Agencia Regional para la Tercera Edad (Area Agency on Aging, AAA) que me corresponda, según el

condado en que resido:

Oficina de la AAA	Condados a los que presta servicios	Número(s) de teléfono
División de la Tercera Edad de la Comisión Regional de Atlanta (Atlanta Regional Commission Aging Division)	Cherokee, Clayton, Cobb, DeKalb, Douglas, Fayette, Fulton, Gwinnett, Henry, Rockdale	(866) 552-4464 (404) 463-3333
AAA de la zona costera de Georgia (Coastal Georgia Area Agency on Aging)	Bryan, Bullock, Camden, Chatham, Effingham, Glynn, Liberty, Long, McIntosh	(800) 580-6860
AAA del área central del río Savannah (CRSA Area Agency on Aging)	Burke, Columbia, Glascock, Hancock, Jefferson, Jenkins, Lincoln, McDuffie, Richmond, Screven, Taliaferro, Warren, Washington, Wilkes	(888) 922-4464
AAA del Corazón de Georgia (Heart of Georgia Area Agency on Aging)	Appling, Bleckley, Candler, Dodge, Emanuel, Evans, Jeff Davis, Johnson, Laurens, Montgomery, Tattnall, Telfair, Toombs, Treutlen, Wayne, Wheeler, Wilcox	(888) 367-9913
AAA de Legacy Link del área de las montañas de Georgia (Legacy Link Georgia Mountains Area Agency on Aging)	Banks, Dawson, Forsyth, Franklin, Habersham, Hall, Hart, Lumpkin, Rabun, Stephens, Towns, Union, White	(855) 266-4283
AAA de Georgia Central (Middle Georgia Area Agency on Aging)	Baldwin, Bibb, Crawford, Houston, Jones, Monroe, Peach, Pulaski, Putnam, Twiggs, Wilkinson	(888) 548-1456
AAA del noreste de Georgia (Northeast Georgia Area Agency on Aging)	Barrow, Clarke, Elbert, Greene, Jackson, Jasper, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Walton	(800) 474-7540
AAA del noroeste de Georgia (Northwest Georgia Area Agency on Aging)	Bartow, Catoosa, Chattooga, Dade, Fannin, Floyd, Gilmer, Gordon, Haralson, Murray, Paulding, Pickens, Polk, Walker, Whitfield	(800) 759-2963
AAA de River Valley (River Valley Area Agency on Aging)	Chattahoochee, Clay, Crisp, Dooly, Harris, Macon, Marion, Muscogee, Quitman, Randolph, Schley, Stewart, Sumter, Talbot, Taylor, Webster	(800) 615-4379
AAA del sur de Georgia (Southern Georgia Area on Aging)	Atkinson, Bacon, Ben Hill, Berrien, Brantley, Brooks, Charlton, Clinch, Coffee, Cook, Echols, Irwin, Lanier, Lowndes, Pierce, Tift, Turner, Ware	(888) 732-4464 (912) 285-6097
AAA del Consejo de la Tercera Edad del suroeste de Georgia SOWEGA (SOWEGA Council on Aging Southwest Georgia Area Agency on Aging)	Baker, Calhoun, Colquitt, Decatur, Dougherty, Early, Grady, Lee, Miller, Mitchell, Seminole, Terrell, Thomas, Worth	(800) 282-6612
AAA de Three Rivers (Three Rivers Area Agency on Aging)	Butts, Carroll, Coweta, Heard, Lamar, Meriwether, Pike, Spalding, Troup, Upson	(866) 854-5652

Mediante esta autorización, manifiesto que acepto que se pueda compartir mi información que se identifica acá con las agencias antes mencionadas y, también, que esas agencias pueden compartir información sobre mi inscripción en el programa o servicio con el programa de Georgia Memory Net o entre sí. Esto se hará solo al grado en que sea necesario para mejorar los servicios, la atención y los resultados del programa, así como para evitar duplicación de servicios.



Descripción de la información médica a ser divulgada

La información médica a ser divulgada incluye lo siguiente: Información de mi registro médico con la Clínica de evaluación de la memoria, lo que incluye los datos físicos y la historia clínica, alivios, resumen del alta, notas de progreso y diagnóstico.



Vencimiento de la autorización

A menos que yo lo solicite por escrito, entiendo que esta autorización tendrá vigencia de 10 años para apoyar la atención actual y permanente.



Derecho a revocar la autorización

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación a:

» Georgia Alzheimer's Project / Georgia Memory Net
Emory Brain Health Center
6 Executive Park Dr. NE
Atlanta, GA 30329

Entiendo que esta revocación no procederá en el caso de cualquier información médica que ya se haya divulgado conforme a esta autorización.



Divulgación posterior

Entiendo que si se le divulga mi información médica a un tercero que no sea un proveedor de atención médica, un plan de salud o un centro de intercambio de información sobre servicios médicos sujeto a regulaciones federales de privacidad, mi información médica que se divulgue de acuerdo con esta autorización pudiera ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.



Liberación de responsabilidad

Si la información médica de mi caso que les he solicitado que divulguen, tanto a la Clínica de evaluación de la memoria de la Universidad de Augusta como a las agencias locales y regionales que se enumeran en el párrafo N.º 2 anterior contiene información psiquiátrica o psicológica confidencial relacionada al tratamiento de enfermedades físicas o

mentales, dependencia de sustancias químicas o al alcohol, o se refiere a pruebas o tratamiento de cualquier enfermedad contagiosa o infecciosa, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo (ARC) relacionado al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades venéreas, tuberculosis o hepatitis, renuncio a cualquier privilegio relacionado a esa información para el (los) propósito(s) de divulgarla a la parte o partes antes autorizadas. También libero a la Clínica de evaluación de la memoria de la Universidad de Augusta y a sus funcionarios, directivos, fiduciarios, agentes y empleados de toda responsabilidad, daños y reclamos que pudieran surgir de la divulgación de la información médica antes autorizada.

Firma del paciente (o del representante del paciente)

Fecha

Hora

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Nombre del representante del paciente (si aplica) y relación con el paciente

Nota: El paciente o el representante del paciente debe recibir una copia completa de este documento, debidamente firmada y fechada, y una copia del mismo debe incluirse en el registro médico del paciente.