



EAR, NOSE & THROAT INSTITUTE

The Center of Excellence for Ear, Nose & Throat Disorders

Jeffrey M. Gallups, M.D., F.A.C.S.
Mark M. Beaty, M.D.
Thomas N. Guffin, M.D.
N. Hadley Heindel, M.D.
Daniel G. Carothers, M.D.
Matthew Gill, M.D.
Debbie Joseph, M.D.
Earnest C. Riley, M.D.
James G. Burson, M.D.
Ronald J. Alvarez, M.D.
J Courtney French, Jr. M.D.
Johnny Won, M.D.
Mary Elizabeth Williamson, M.D.

Patient's Full Name: _____ Patient's Date of Birth: _____
 (Nombre completo del paciente) (La fecha de nacimiento del paciente)

I authorize Ear, Nose and Throat Institute/Milton Hall Surgical Associates
 Yo autorizo el Instituto de los oído, nariz y garganta quirúrgico/Milton Hall Associates

To release copies to (Dar copias a) To Obtain copies from (Para obtener copias de)

Physician Name: _____
 Nombre del médico
 Address: _____ City & Zip: _____
 Dirección Ciudad & Código Postal
 Phone Number: _____ Fax Number: _____
 Número de Teléfono Número de Fax

Date of Treatment: From: _____ To: _____
 Fecha de tratamiento Desde Hasta

(Check information that may be released. Please note that only records that have been ordered by our office may be released)
 (Verificar información que puede ser puesta en libertad. Por favor, tenga en cuenta que sólo los registros que se han ordenado por nuestra oficina pueden ser liberados)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Complete Chart
<i>Todo el archivo</i> | <input type="checkbox"/> Audiology Notes
<i>Notas de Audiología</i> | <input type="checkbox"/> Sleep Study Results
<i>Resultados del estudio de sueño</i> | <input type="checkbox"/> Lab Results
<i>Resultados de Laboratorio</i> |
| <input type="checkbox"/> CT/MRI Films
<i>CT/MRI Imágenes</i> | <input type="checkbox"/> Radiology Reports
<i>Resultados de Radiología</i> | <input type="checkbox"/> Office Notes
<i>Notas de Oficina</i> | <input type="checkbox"/> Surgery Notes
<i>Notas de Cirugía</i> |
| <input type="checkbox"/> Billing Stmtms
<i>Facturas de cobra</i> | <input type="checkbox"/> Other: _____
<i>Otros:</i> | | |

This information is for the purpose of:
 Esta información es para los siguientes fines

- Continued Treatment Insurance Second Opinion Moving Other
Continuar Tratamiento Seguro Segunda Opinión Se va a Mudar Otros

To be: Picked up Mailed Email Faxed to _____
Sera recogido En persona Correo Correo Electrónico Por Fax

I hereby authorize this practice to release my medical records, including, but not limited to all of the above. By signing this consent I completely release the entity, facility, or medical practitioner from any and all liability which may result or could result from the release of such information. I also understand this authorization is only valid for 12 Months.

Por la presente autorizo esta práctica para liberar mi historial médico, incluyendo, pero no limitado a todos los anteriores. Mediante la firma de este consentimiento, liberar completamente la entidad, establecimiento, o a un médico de toda responsabilidad que pueda resultar o podría ser el resultado de la divulgación de esa información. También entiendo esta autorización sólo es válida para un período de 12 meses.

 Patient/ Guardian Signature Date
 Paciente/ Firma del tutor Fecha

Pursuant to O.C.G.A. 31-33-3, effective July 15, 2012 the costs related to Medical record retrieval, certification and copying are listed below. Reviewed for accuracy/updates 8/15/2013. www.opb.state.ga.us.
 Con arreglo a O. C. G. A. 31-33-3, a partir de Julio 15, 2012 los costos relacionados con recuperación de registro médico, certificación y copia se enumeran a continuación. Revisando la exactitud y/o actualización 8/15/2013. www.opb.state.ga.us.

Copying Costs for Records in Paper Form	Costos para los registros médicos en papel
Search, Retrieval, and Other Direct Administrative Costs up to Certification Fee (up to per record)	Búsqueda, recuperación, y otros gastos administrativos directos hasta Cuota de Certificación (hasta por registro)
Per page for pages 1-20	Por página / las páginas 1-20
Per page for pages 21-100	Por página / las páginas 21-100
Per Page for pages over 100	Por página / las páginas más de 100
\$25.88	\$ 25.88
\$9.70	\$ 9.70
\$0.99	\$0.99
\$0.83	\$0.83
\$0.66	\$0.66

For Office Use Only <i>Solo para uso de Oficina</i>					
Records paid: \$ _____ on ____/____/____	CASH	CC	CHECK # _____	Records Sent ____/____/____	Initial's _____
Physician Signature					