



Autorización para revelar información protegida de salud

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: X X X – X X – _____

ALIAS/APELLIDO DE SOLTERA: _____ Teléfono: _____

Para revelar mis récords de: (Por favor marque los exámenes de los cuales solicita informes o imágenes)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todos los récords médicos | <input type="checkbox"/> Resonancia magnética (MRI) | <input type="checkbox"/> Tomografía (PET) |
| <input type="checkbox"/> Tomografía (CT) | <input type="checkbox"/> Radiografía | <input type="checkbox"/> Examen DEXA/Densitometría ósea |
| <input type="checkbox"/> Sonograma/ultrasonido | <input type="checkbox"/> Mamograma | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Por favor indique los datos del examen para el que solicita informes o imágenes (fecha, tipo de examen, parte del cuerpo): _____

¿Qué necesita? (Marque las casillas aplicables.) Informe(s) Disco (CD) Imágenes (films)

Tome nota que se cobrará una tarifa de \$25.00 por cada juego de imágenes. Todas las imágenes y discos se preparan inmediatamente en el momento en que se recogen.

Por favor indique de qué manera desea recibir lo solicitado.

- Por fax al número: _____ Atención: _____
- Por correo a: _____

Recogeré personalmente. *Entiendo que mis records serán entregados únicamente a mí o a cualquiera de las personas que indico a continuación. Se requiere presentar identificación con foto para recoger los récords.*

Por medio de mi firma al final autorizo a SimonMed Imaging a revelar mi información protegida de salud a la siguiente persona o personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Entiendo que una vez que el encargado de records haya revelado mi información de salud, ésta ya no estará protegida por las leyes federales y/o estatales de privacidad. Asimismo, entiendo que la presente autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios a menos que la ley lo permita. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción basada en la misma. A no ser que sea revocada, la presente autorización vencerá un año después de la fecha de su firma. *Usted tiene el derecho a revocar esta autorización por medio de solicitud escrita dirigida a: Privacy Officer, 6900 E. Camelback Road, #700 Scottsdale, AZ 85251, excepto en la medida en que el encargado de récords ya la haya utilizado.*

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha de la firma

Nombre del paciente o representante autorizado

Relación con el paciente