

**Autorización para obtener información protegida de salud**

**Departamento de Registros Médicos**  
2620 N 3<sup>rd</sup> Street, Ste. #100, Phoenix, AZ 85004  
Teléfono: (602) 682-5014 Fax: (602) 302-5958

---

NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: X X X – X X – \_\_\_\_\_  
ALIAS/APELLIDOS DE SOLTERA: \_\_\_\_\_

---

Por este medio autorizo a SimonMed Imaging para que obtenga, sin límite alguno, registros médicos de cualquier proveedor, incluyendo los siguientes:

**Centro o entidad:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

Descripción de la información protegida de salud solicitada:

**Copias de radiografías o discos e informes (en formato DICOM)**

ULTRASONIDO  MAMOGRAFÍA  RAYOS X  CT (TOMOGRFÍA)  MRI (RESONANCIA MAGNÉTICA)  OTRO: \_\_\_\_\_

---

**POR FAVOR, ENVÍE LOS INFORMES POR FAX AL (602) 302-5958.**

**POR FAVOR, AVISE POR FAX CUANDO LAS RADIOGRAFÍAS O LOS DISCOS ESTÉN LISTOS PARA QUE LOS RECOJA UN MENSAJERO**  **POR FAVOR ENVIE POR CORREO LOS DISCOS O LAS RADIOGRAFÍAS A:**  
**SIMONMED IMAGING**  
**2620 N 3<sup>rd</sup> Street, Ste. #100**  
**PHOENIX, AZ 85004**

---

**Aviso de privacidad:** Las reglas de la HIPAA (ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros salud) permite a los doctores, enfermeros, hospitales, técnicos de laboratorio y otros proveedores de salud, que son entidades con cobertura, usar o revelar, sin autorización del paciente, información protegida de salud, tal como, radiografías, informes de laboratorio y patología, diagnósticos y otra información médica, para propósitos de tratamiento. Esto incluye la información que se va a pedir a otros proveedores, incluso aquellos que no tienen cobertura para tratar a un paciente diferente o para enviar al paciente a otro proveedor. Por favor, vea la sección 45 CFR 164.506 (a) (2) (i) del código de reglamentos federales.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona  
(Persona a la que se refiere la información)

– O –

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del/de la paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante del/de la paciente (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el/la paciente