



SimonMed[®]
Imaging
See Tomorrow Today[®]

Para recibir su(s) historia(s) médica(s), complete los siguientes pasos en su totalidad:

1. Complete cada sección del formulario "Autorización para divulgar información médica protegida".
2. Puede optar por recoger su(s) historial(es) médico(s) llevando el formulario a mano a cualquier centro de SimonMed Imaging, o puede enviar el formulario por fax o correo electrónico y que le envíen su(s) historial(es) médica(s).
 - a. **Transporte de mano / recogida:** Lleve el formulario completo de "Autorización para divulgar información médica protegida" con una identificación válida a cualquier centro de imágenes de SimonMed. En ciertas circunstancias, puede experimentar un tiempo de espera para procesar su solicitud en el sitio.
 - b. **Fax:** Envíe por fax la "Autorización para divulgar información médica protegida" completa y una copia con foto de su identificación válida al 602-302-5958. Todas las solicitudes se acelerarán lo más rápido posible (no más de 30 días).
 - c. **Correo electrónico:** envíe por correo electrónico la "Autorización para divulgar información médica protegida" completa y una copia con foto de su identificación válida a MedRecReq@SimonMed.com. Todas las solicitudes se acelerarán lo más rápido posible (no más de 30 días).

Tenga en cuenta que se aplica una tarifa de \$ 25 por set para cualquier solicitud de película. Como cortesía a nuestros pacientes, cualquier solicitud de informes y / o un CD que contenga imágenes se proporcionará sin cargo. Si el formulario "Autorización para divulgar información médica protegida" está incompleto, un miembro del personal de Registros Médicos se comunicará con usted para solicitar información adicional.



SimonMed[®]
Imaging
See Tomorrow Today[®]

Autorización para Divulgar Información Médica Protegida

Por favor, llene cada sección a continuación.

Nombre del Paciente: _____ MRN: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: XXX-XX-_____

Alias/Apellido(s) de Soltera: _____ Teléfono: _____

Para divulgar mis registros: (Por favor, vea los exámenes para los que solicita informes / imágenes.

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros médicos | <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> PET |
| <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> Rayos X | <input type="checkbox"/> Dexa/Densitometría ósea |
| <input type="checkbox"/> Ecografía/ultrasonido | <input type="checkbox"/> Mamografía | <input type="checkbox"/> Medicina nuclear |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Proporcione una descripción del examen sobre el que solicita informes (fecha, examen, parte del cuerpo): _____

¿Está solicitando (marque todos los que correspondan): Reportajes Discos Compactos Películas

Tenga en cuenta que se aplicará una tarifa de \$ 25 por conjunto de películas. Todas las películas y CD se preparan rápidamente en el momento de la recogida.

Sírvase indicar cómo desea que se reciban:

Fax a: _____ Atención: _____

Enviar por correo a: _____

Envíe un correo electrónico a: _____

Recopilar en persona : *Entiendo que mis registros solo se proporcionarán a mí mismo o a cualquier persona que se enumere a continuación. Se requiere una identificación con foto en el momento de la recogida.*

Mediante mi firma a continuación, autorizo a SimonMed Imaging a divulgar mi información médica protegida a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Entiendo que después de que el custodio de los registros divulgue mi información de salud, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y / o estatales. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, elegibilidad para beneficios a menos que lo permita la ley. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en la autorización. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará 1 año a partir de la fecha de firma. Usted tiene derecho a revocar esta autorización, excepto a la en la medida en que el custodio de los registros haya confiado en él, enviando su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad al: 16220 N. Scottsdale Rd., #600, Scottsdale, AZ 85254.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha de Firma

Nombre Impreso del Paciente o Relación de Representante

Parentesco con el Paciente

Teléfono: 866-614-8555 | Fax: 602-302-5958