

Autorización y Solicitud para Divulgar Registros Médicos

Entiendo que HALO Breast Care Center no condicionará el tratamiento o pago sobre mi autorización o negación a conceder esta autorización.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

Por el presente autorizo a:

Nombre de la parte divulgadora

Dirección Ciudad Estado CP

PARA DIVULGAR A:

HALO Breast Care Center
1720 Esplanade, Chico, CA 95926
(530) 898-0502 Tel | (530) 898-0533 FAX

REGISTROS E INFORMACIÓN PERTINENTE A:

Todas las imágenes e informes sobre densidad ósea

FAVOR ENVIAR LOS REGISTROS POR FAX O CORREO EN UN PLAZO DE 24-48 HORAS PARA UNA ATENCIÓN MÁS EFICIENTE:

- DURACIÓN:** Esta autorización entrará en vigencia automáticamente y permanecerá en efecto por un año a partir de la fecha de firma.
- REVOCACIÓN:** Esta autorización también está sujeta a una revocación por escrito por parte de paciente en cualquier momento. La revocación por escrito entrará en vigencia contra entrega, excepto en la medida en que la parte divulgadora u otros hayan actuado en base a esta Autorización.
- REDIVULGACIÓN:** Entiendo que el receptor no podrá de otra manera usar o divulgar legamente la información de salud a menos que otra autorización sea otorgada por mí o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por ley.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

X _____
Firma

Fecha