



Mamografía 3D | Ecografía mamaria | Biopsia de mama
Ultrasonido general y vascular | Densitometría ósea
Lara Bussey, DO | Dr. Craig Letner | Dr. Mauricio Schrader

BREAST CARE CENTER

Designación y consentimiento para la divulgación de expedientes médicos

Entiendo que HALO Breast Care Center se compromete a no condicionar mi tratamiento o pago si proporciono o me niego a proporcionar esta autorización.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NO. DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____

Autorizo a HALO Breast Care Center (incluso Northstate Imaging) a divulgar, permitir solicitar y/o recuperar ÚNICAMENTE información de imágenes médicas e informes que estén a mi nombre y a las personas designadas a continuación. Esta NO es una autorización o consentimiento para un tratamiento.

Nombre _____

Número de teléfono _____ Parentesco _____

Nombre _____

Número de teléfono _____ Parentesco _____

Nombre _____

Número de teléfono _____ Parentesco _____

DURACIÓN: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de su firma.

REVOCACIÓN: Esta autorización está también sujeta a una revocación por escrito realizada por el paciente en cualquier momento. La revocación por escrito será efectiva tras su recepción, a no ser en casos en que la persona que la divulga u otras personas hayan actuado basándose en esta Autorización.

DIVULGACIÓN POSTERIOR: Entiendo que el destinatario no podrá seguir utilizando o divulgando legalmente mi información de salud a menos que se obtenga mi autorización o a no ser que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

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

X _____
Firma

Fecha