



BREAST CARE CENTER

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

Autorización 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 a:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Información médica que está solicitando:

Entrega:

- Únicamente informes de imágenes médicas
Expediente personal del paciente – cargo de \$10.00 por el CD e informe
Recogida en persona
Enviado por correo

Expediente médico de: \_\_\_\_\_

Debe verificarse la identidad del paciente antes de divulgar su expediente o a un miembro del personal autorizado y designado.

LAS SOLICITUDES PUEDEN TARDAR HASTA 3 DÍAS HÁBILES EN PROCESARSE

- DURACIÓN: Esta autorización entrará en validez inmediatamente y permanecerá en vigencia 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.
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