

Autorización y Solicitud de Divulgación de Expedientes Médicos

Entiendo que HALO Breast Care Center no condicionará el tratamiento o el pago a que proporcione o rechace esta autorización.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____

Por la presente autorizo a HALO Breast Care Center (anteriormente North State Radiology) a divulgar a:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Expresar _____ Cremallera _____

Información médica que está solicitando: _____ Entrega: _____

Solo informes de imágenes médicas

Recogida en persona

Registros personales del paciente: cargo de \$ 10.00 por CD e informe

Correo a

Registros relacionados con: _____

La identidad del paciente debe verificarse antes de la divulgación de los registros o al personal designado autorizado.

LAS SOLICITUDES PUEDEN TARDAR HASTA 3 DÍAS HÁBILES PARA PROCESARSE

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

REVOCACIÓN: Esta autorización también está sujeta a revocación por escrito por parte del paciente en cualquier momento. La revocación por escrito será efectiva a partir de su recepción, excepto en la medida en que el la parte divulgadora u otros han actuado confiando en esta Autorización.

REDIVULGACIÓN: Entiendo que el destinatario no puede usar o divulgar legalmente la información de salud a menos que obtenga otra autorización de mí o que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.

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

X _____

Firma

Fecha

Staff Use Only:

Received By: (Name)

Completed By: (Name)

Date Entered into VSDM: