HALŌ

3D Mammography | Breast Ultrasound | Breast Biopsy
General and Vascular Ultrasound | DEXA Bone Density
MRI Imaging | CT Imaging | PET-CT Imaging

DESIGNACION Y CONSENTIMIENTO DE 3ER PARTIDO

NOMBRE: _____ FDN: _____ MR#: _____

Yo, por la presente, autorizo a HALO Breast Care Center a divulgar, permitir la solicitud y/o la recuperacion ÚNICAMENTE de medios y reports medicos en mi nombre, a las siguientes personas designadas a continuacion. Esto NO es autorización o consentimiento para tratamiento.

_____
Nombre

_____ _____
Relacion Telefono

_____
Nombre

_____ _____
Relacion Telefono

_____
Nombre

_____ _____
Relacion Telefono

Identidad debe verificarse antes de divulger los records al personal designado autorizado.

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma. 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 la parte divulgadora u otros han actuado confiando en esta Autorización. 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 HALO Breast Care Center no condicionará el tratamiento o el pago a que proporcione o rechace esta autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

X_____ _____
Firma Fecha

OFFICE USE ONLY

☐ WORKMAN'S COMP. ☐ PAID FOR ☐ SCANNED-IN ☐ COMPLETED: