HALŌ

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

SOLICITUD DE IMAGENES Y RECORDS PREVIOS

NOMBRE: _____ FDN: _____

Yo, por la presente, autorizo:

_____
NOMBRE DE LUGAR TELEFONO

_____
DOMICILIO CIUDAD ESTADO ZIP

DIVULGAR A:

HALO DIAGNOSTICS & BREAST CARE CENTER
1720 ESPLANADE, CHICO, CA 95926
(530) 898-0532 Phone | (530) 879-4661 FAX

RECORDS & IMAGENES PERTENECIENTE A:

_____

_____

_____

Por Regulacion HIPAA 164.512, no se require una autorizacion medica firmada para la continuacion de cuidado.

Somos un centro de Nuance PowerShare. Puede subir los imagenes solicitados utilizando el enlace siguiente:

https://widgets.nuancepowershare.com/easyupload/halobreastcare

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 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.

1RA SOLICITUD: _____

2DA SOLICITUD: _____

3RA SOLICITUD: _____

X_____ _____
Firma Fecha