HALŌ

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

DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

NOMBRE:_____ FDN: _____ MR#: _____

Yo, por la presente, autorizo a HALO Breast Care a divulger a:

_____
NOMBRE TELEFONO

_____
DOMICILIO

_____
CIUDAD ESTADO ZIP

Records Personales del Paciente Solicitados:

- ☐ Reportes Medicos SOLAMENTE
- ☐ Reportes Medicos & CD - **$10 Cargo**

Entrega – Personal SOLAMENTE:

- ☐ Recoger en Persona
- ☐ Correo Electronico del Portal del Paciente

(Solamente al correo electronico asociado con el Portal del Paciente)

Centro Medico Externo / Fuera del Estado:

- ☐ Reportes Medicos SOLAMENTE
- ☐ Reportes Medicos & CD - **$10 Cargo**

Entrega – Externo SOLAMENTE:

- ☐ Por Fax a Centro Medico / Otro Estado
- ☐ Por Correo a Centro Medico / Otro Estado

ENVIO DE RECORDS PERSONALES NO ES DISPONIBLE

Perteneciente a: _____

La identidad del paciente debe verificarse antes de divulger los records al personal designado autorizado.

LA SOLICITUD PUEDE TARDAR HASTA 5 DÍAS EN PROCESARSE

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: