

AUTORIZACIÓN CONVENCIONAL PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA



SOLOMENTE PARA OFICINA - Patient PID: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo a Desert Radiology con el uso y la divulgación de Información de Salud Protegida. Mis datos personales identificables son los anteriores. La información por usarse y divulgarse de acuerdo a esta autorización incluye: expedientes médicos, placas, datos de facturación, etc.

Familiares/Personas/Grupos a los que se puede divulgar la información: (Nombre / Dirección / # de Tel. o Fax)

Nombre Dirección de Tel / Fax

La Información de Salud Protegida se Utilizará y Divulgará de acuerdo a lo siguiente: (marque los casilleros que proceden)

Petición del paciente Otro: _____

Esta autorización está vigente hasta _____ (mm/dd/aaaa), al menos que el paciente o su representante la revoque o la cancele. Usted puede revocar o finalizar esta autorización presentándole a Desert Radiology una revocación por escrito. Para cancelar esta autorización, debe contactar al departamento de registros médicos (702.759.8750). La revocación excluirá las divulgaciones que se hayan hecho antes de la fecha de vigor de la revocación. Por favor tenga presente que la persona u organización a la cual nosotros le divulguemos su PHI puede después divulgar la información que se revele de acuerdo a esta autorización. La privacidad de esta información posiblemente no se proteja conforme a los reglamentos federales de privacidad.

Petición de Información Médica Protegida de otro Proveedor (Regla de Privacidad 45 CFR 164.506)

En un intento por recibir cuidados continuos sin ninguna demora, autorizo a los siguientes proveedores de cuidados de salud a que le revelen a Desert Radiology todo y cada uno de los datos de mi salud que sean necesarios:

Nombre del Proveedor: _____

Dirección del Proveedor: _____

Número de teléfono del proveedor: _____ de fax del proveedor: _____

Favor de enviar los expedientes al departamento de expedientes médicos en:

Desert Radiology
Attn: Medical Records Department
3930 S. Eastern Avenue, Las Vegas, NV 89119

Desert Radiology no hará que la firma de esta autorización sea una condición para recibir tratamiento al menos que el tratamiento esté relacionado a una investigación o sea para la creación de PHI para divulgarse a un tercero, tal como un seguro de vida o para exámenes de incapacidad.

Firma del Paciente/Representante del Paciente Fecha

Parentesco con el Paciente _____