



### Autorización Convencional para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

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)

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

A 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 Cumplimiento Normativo (702/759-8760). 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

\_\_\_\_\_  
No. de Teléfono y 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