

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA  
– SERVICIOS DE IMAGEN**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Divulgación a/desde (p.ej., individuo, médico o centro/organización):**

Nombre del individuo/médico/centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación:**

- Cuidado continuo
- Legal \_\_\_\_\_
- Uso personal \_\_\_\_\_
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Registros solicitados**  
(Enumere el tipo de examen y la fecha en que se realizó)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Formato de registro solicitado:**

- Electrónico (enviado a través del portal/la nube)
- CD (enviado a la dirección indicada anteriormente)
- Informes
- Todas las imágenes previas de los senos, incluyendo la mamografía y el ultrasonido

**ESTA SECCIÓN ES UTILIZADA SOLO POR MÉDICOS.**

*Verifico que el paciente cuyos registros se solicitan esté programado para tratamiento/procedimientos en mi oficina o de otra manera bajo mi cuidado. Estos registros se han solicitado para ayudar a la continuidad del cuidado del paciente.*

Nombre del médico (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Entiendo que, si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de seguro médico o un proveedor de servicios médicos, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que no necesito firmar esta autorización para garantizar el tratamiento. Esta autorización tiene una validez de seis meses a partir de la fecha en que se firmó, indicada más adelante.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya haya sido divulgada como resultado de esta autorización.

Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación, de acuerdo con mi póliza.

*Reconozco que he leído lo anterior y autorizo la divulgación de información médica protegida como se ha indicado:*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

**Paciente o persona autorizada:**

- Padre
- Tutor legal
- Ejecutor
- Poder notarial
- Autorización por escrito
- Correo electrónico del paciente

**Información del solicitante/testigo:**

Nombre del representante autorizado (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_  Identificación con foto comprobada

<p><b>AUTHORIZATION FOR USE and DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - IMAGING SERVICES</b> BC 6072S</p>	<p><b>P A T I E N T</b></p>	
<p>Rev. 06/20</p>		