

Hoja de Autorización de Divulgación

A. Yo, _____, autorizo por medio de mis iniciales a este centro radiológico a divulgar únicamente la siguiente información referente a mi persona:

- El expediente completo.
- Hoja de Información Personal llenada al entrar a la oficina o impresa del sistema de computadoras del centro radiológico. (No incluye mamografía).
- Hojas de Entrevista al Paciente de Mamografía.
- Hoja de Historial Médico y Consentimiento para C.T. Scans con Contraste.
- Hoja de Historial Médico de MRI.
- Factura sometida al plan médico.
- Hoja de Referido Médico.
- Hoja de Preautorización.
- Informe Radiológico en el que se indica el resultado del estudio.
- Copia de otro(s) estudio(s) que yo traje para que el Radiólogo lo(s) considerara cuando hacía la interpretación del estudio radiológico y que constan en mi expediente en este centro radiológico.
- Otro: _____

B. Esta información debe ser divulgada para los siguientes estudios radiológicos:

Estudio: _____ Fecha: _____

Estudio: _____ Fecha: _____

Estudio: _____ Fecha: _____

C. Esta autorización tendrá vigencia hasta la siguiente fecha o evento:

D. Autorizo a este centro radiológico a divulgar esta información a:

Nombre: _____

Organización: _____

Dirección Postal: _____

Fax: _____

E. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento escribiendo una carta a la siguiente persona: Lcda. Cindy Ginés Sánchez, Oficial de Seguridad, Advanced Radiology Centers, PO Box 6468, Mayagüez PR 00681. No obstante, entiendo que la revocación de esta Autorización no afecta las acciones que el centro radiológico haya tomado previo a dicha revocación.

F. Entiendo que al permitir que esta información sea divulgada en la forma que he autorizado la misma podría ser re-divulgada por la persona que la recibió y podría dejar de ser protegida por la reglamentación de privacidad.

G. Entiendo que la frase “centro radiológico” usada en esta hoja se refiere al doctor Jesús A. Romero Pérez y a Advanced Radiology Centers, ARC quienes son beneficiarios de esta autorización.

H. Me comprometo a pagar \$15.00 por este servicio.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si firma otra persona a nombre del paciente, favor de indicar la fuente de su autoridad para así hacerlo: _____

Acción Tomada:	
<input type="checkbox"/>	Divulgado según solicitado por: _____ fecha: _____.
<input type="checkbox"/>	No se pudo cumplir con lo solicitado por las siguientes razones: _____ _____.
Empleado: _____	Fecha: _____.
Notificado al Paciente: _____.	Pago Recibido: _____.