Autorización del Paciente: Liberacion/ Solicitud de Registro

FORM.POL.002 Effective Date: September 26, 2013

Centro de Imagen:		**Fecha:**	
Nombre del paciente:		**Fecha de nacimiento:**	
Número MRN:		**Número de teléfono:**	

TIPO DE REGISTRO SOLICITADO - Marque todas las que apliquen

☐ **Informe** ☐ **Películas originales** ☐ **Copias de películas** ☐ **Copias digitales** ☐ **Imágenes en CD**

FORMA DE ENTREGA

- ☐ **Registros para ser recogidos**
- ☐ **Registros por correo / eMail**
- ☐ **Registros por correo certificado**

MODALIDAD

- ☐ **MRI** ☐ **Mamografia** ☐ **Rayos X**
- ☐ **CT** ☐ **Ultrasonido** ☐ **Dexa**
- ☐ **PET/CT** ☐ **Medicina Nuclear** ☐ _____

PROPÓSITO DE LA SOLICITUDE DE REGISTRO/ PRENSA– Marque todas las que apliquen

- ☐ **Cita con doctor** ☐ **Copia para el paciente** ☐ **Mudó fuera del estado**
- ☐ **Biopsia** ☐ **Comparación** ☐ **Legal**
- ☐ **Cirugia** ☐ **Otra razón:** _____

Doctor o Centro de Revision de peliculas _____

Entiendo que esta autorización entrará en efecto inmediatamente y permanecerá en efecto durante tres meses a partir de la fecha de la firma, o hasta que yo la revoque, por escrito, lo que ocurra primero. Además, entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede no estar protegida por la ley. Entiendo y acepto las declaraciones contenidas en la presente autorización.

PARA SOLICITAR REGISTROS MEDICOS DE OTRO ESTABLECIMIENTO

A:_____. Por la presente autorizo y solicito a usted para liberar a _____El Centro de Imagen _____
(Tipo de Registro/ Parte del cuerpo)
registros en su posesión con respecto a mi tratamiento entre la fecha(s):_____.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

PARA DIVULGAR LOS REGISTROS MEDICOS DE UN CENTRO RADNET

Yo, _____, autorizo, los mencionados anteriormente, RadNet Center Management Inc., para liberar los registros médicos y la información relativa a los informes de diagnóstico, imágenes y / o películas para el paciente antes mencionados. También me comprometo a pagar el costo, si hay alguno asociada con la copia, revisión y envió de los registros/ imágenes de la siguiente manera:

Las tarifas aplicables:

- ***Entregado directamente a otro centro médico:*** No hay Tarifa - clerical / copia / entrega
- ***Entregado al paciente o tercera persona no proveedor*** : Primera copia gratuita, segunda solicitada $20.00 por hoja / CD
- ***Entrega****: tarifas de costos de correo, según corresponda*
- ***Entrega de correo electrónico (sólo registros):*** **Su eMail:** _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

SÓLO PARA MAMOGRAFÍA:

Solicito que estas películas originales y reportes sean liberados para: ☐ **Traslado Permanente** ☐ **30 días**

AUTORIZACION DEL PACIENT PARA RECOGER

Yo, _____ autorizo la liberación de mis registros a

(*persona que recogerá registros*):_____.

Entiendo que esto incluye/ puede incluir los servicios prestados en discusiones, pagos de seguros y / o negaciones, toda la información demográfica que puede incluir la fecha de nacimiento, número de póliza, dirección, número de teléfono, empleador y cualquier otra información privada en mi nombre.

VERIFICATIÓN DE IDENTIFICACIÓN

OBLIGATORIO!

☐ Paciente / Designado Autorizado IDENTIFICACIÓN fue verificada por la visualización y copia / escaneado de identidad con foto.

Firma de la persona que recogió registros: _____

Si la firma no es del paciente, indique la relación: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____