



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Yo, _____, por el presente autorizo a Nashville Healthcare Diagnostic Imaging a divulgar información de salud con respecto al siguiente paciente

Nombre del paciente _____
Dirección: _____

Fecha de nacimiento _____
Teléfono: _____
No. de historia clínica _____

1. La información podrá divulgarse a las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: _____

Dirección _____

2. Propósito. El propósito del uso o divulgación es:

☐ A petición del paciente ☐ Otro _____

3. Información a ser divulgada. La información a ser divulgada solo incluye los elementos verificados a continuación, con respecto a los servicios provistos en o alrededor de _____ (insertar fechas)

☐ Los siguientes registros médicos:

☐ Imágenes de radiología

☐ Informe(s) de radiología

4. Revocación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Nashville Healthcare Diagnostic Imaging. Sin embargo, la revocación no tendrá ningún efecto sobre ningún uso o divulgación que Nashville Healthcare Diagnostic Imaging haya hecho antes de recibir la revocación

5. Fecha de vencimiento. Entiendo que a menos que revoque la autorización antes, esta autorización vencerá automáticamente seis (6) meses calendario después de la fecha en que se firme esta autorización.

6. Nueva divulgación. Entiendo que puede que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización ya no esté protegida por la ley federal, y podría volver a ser divulgada por la parte receptora.

7. Negarse a firmar. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que Nashville Healthcare Diagnostic Imaging no condicionará el tratamiento en el hecho de si firmo o no esta autorización.

8. Certificación. Certifico que soy (marque lo que corresponda):

☐ el paciente, y la identificación que he proporcionado es verdadera y correcta

☐ el representante autorizado del paciente, y que la identificación y comprobante de autoridad que he proporcionado son verdaderos y correctos.

Firma: _____

Testigo: _____

Nombre en letra de molde: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Solo para uso de NHDI:

Fecha recibido: _____

Fecha de vencimiento: _____

¿Cómo se verificó la identidad?: _____

¿Se hizo copia? ☐ Sí ☐ NO

¿Cómo se verificó la autoridad?: _____

¿Se hizo copia? ☐ Sí ☐ NO

Por: _____

Cargo: _____

Fecha: _____