

Autorización para la divulgación de información médica protegida (imágenes radiológicas)**Información del paciente**

Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Fecha de nac. ____ / ____ / ____

Dirección particular _____ N.º de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular (____) _____ - _____ Teléfono alternativo (____) _____ - _____

Por la presente, autorizo al Departamento de Radiología de Cambridge Health Alliance (CHA) a entregar a las personas o los centros que se indican a continuación las siguientes imágenes radiológicas y los informes radiológicos correspondientes, para los fines descritos:

Finalidad:☐ Atención médica ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Personal☐ Otra: _____**Información que se divulgará:**

Examen: _____ Fecha de realización: _____

Examen: _____ Fecha de realización: _____

Examen: _____ Fecha de realización: _____

Otra: _____

Divulgar la información a:

Nombre/centro: _____

A la atención de: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____

Comprendo que:

- Puedo revocar mi autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito dirigida al director de Radiología.

La autorización podrá ser revocada, salvo en los siguientes casos:

- En la medida en que ya se haya actuado en virtud de esta autorización.
- Si la autorización se obtiene como condición para obtener la cobertura del seguro, otras leyes otorgan a la aseguradora el derecho a impugnar un reclamo en virtud de la póliza.
- Si el destinatario vuelve a divulgar la información proporcionada en virtud de esta autorización, esta dejará de estar protegida por CHA.

He leído y comprendo los términos de esta autorización, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la obtención, el uso y la divulgación de mi información médica, tal como se indica anteriormente. Con mi firma a continuación, autorizo de manera consciente y voluntaria a Cambridge Health Alliance a obtener, utilizar o divulgar mis imágenes radiológicas de la manera descrita anteriormente.

Autorización para la divulgación de información médica protegida (imágenes radiológicas)

Firma del paciente/persona autorizada a firmar por el paciente:

Fecha _____ Hora _____Relación con el paciente: ☐ Padre ☐ Representante legal

Firma del testigo (si el consentimiento es telefónico o verbal):

Fecha _____ Hora _____☐ Sí ☐ No Se recurrió a un intérprete para obtener este consentimiento