



## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA) – PRENSA HISTORIA CLINICA

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_

- Por la presente reconozco que me han ofrecido una copia de aviso de prácticas de privacidad para Radiology Associates
- Yo, además, reconozco que se publica una copia del aviso actual en el área de recepción y está disponible en el sitio web de Radiology Associates: **www.rasloimaging.com**.
- Como se indica en la **EL AVISO DE PRIVACIDAD**, reconozco que Radiology Associates puede divulgar y / o solicitar mi expediente médico para ayudar a mi tratamiento y continuidad de la atención.
- Como se indica en la **EL AVISO DE PRIVACIDAD**, reconozco que tengo el derecho de solicitar una copia de mi expediente médico.
  - Entiendo que me cobrarán **\$15.00** por hoja de película solicitada y/o **\$15.00** por CD.
  - Entiendo que tengo que obtener una copia de mi reporte de proyección de imagen de mi médico para que puedan revisar conmigo y responder a cualquiera de mis preguntas.
  - Si no he tenido éxito en la obtención de mi informe en un mínimo de 3 días después de mi examen, Radiology Associates proporcionará una copia para mí en mi solicitud. Entiendo que cualquier pregunta que pueda tener con respecto a mis resultados debe dirigida a y respondió consultando mi médico y no Radiology Associates. Muchos médicos solicitan que la publicación de resultados vayan directamente a través de su oficina.

### LIBERACION DE LOS ESTUDIOS DE IMAGEN PREVIA E INFORMES

- Digital Medical Imaging      PH: (805) 928-3673 FAX: (805) 928-9588      522 E. Plaza Dr., Santa Maria, CA 93454
- Five Cities Medical Imaging      PH: (805) 779-7900 FAX: (805) 779-7910      921 Oak Park Blvd., Ste. 102, Pismo Beach, CA 93449
- Radiology Diagnostic Center      PH: (805) 434-0829 FAX: (805) 434-0826      1310 Las Tablas Rd., Ste. 103, Templeton, CA 93465

- Autorizo a la entidad que se enumeran a continuación: para divulgar / receiver información médica a la / de instalaciones comprobada anteriormente

Nombre: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Fax#: \_\_\_\_\_

- Todo imagen datos e informes       Liberación permanente de registros de mamografía
- Especifica Estudio: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ ha \_\_\_\_\_

### LIBERACION DE MIS REGISTROS MEDICOS PARA TERCEROS

- Más autorizo la divulgación de mi registros médicos ambulatorio a cualquier Radiology Associates imaging center a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion: Cónyuge / Niño / Padre / Otros \_\_\_\_\_

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante la notificación escrita.

\_\_\_\_\_  
El paciente (o el Guardián) Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



0 5 0 1 0 0 0 2