

Autorización Para Expedir Imágenes Médicas

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento Del Paciente: _____

Nro.registro Médico Del Paciente: _____ Nro. Teléfono Preferido: _____

Dirección Del Paciente: _____

Entiendo que mis informes de imágenes médicas pueden contener información médica confidencial protegida, como el VIH, y al firmar este consentimiento, doy mi consentimiento explícito para expedir dicha información si está contenida en el informe.

Por la presente autorizo _____, para expedir imágenes médicas junto con los informes que se indican a continuación:

Propósito:

- Cuidado médico
- Personal
- Legal
- Escuela
- Otro (especificar)

Enviar Por:

- Correo (proporcione la dirección postal)
- Portal Electrónico
- Recoger

Para:	Enviar:
Nombre: _____	Fecha(s) de examen: _____
Dirección: _____	Tipo(s) de examen: _____

Entiendo y acepto que:

- Mass General Brigham no puede controlar cómo la parte recipiente use o comparta la información, y que las leyes que amparan su confidencialidad en Mass General Brigham podrían o no proteger esta información una vez que sea expedida al recipiente.
 - Esta autorización es voluntaria
 - Si me rehúso a firmar esta autorización, esto no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud, ni posibilidad de ser considerado para recibir beneficios
 - Puedo retirar esta autorización en cualquier momento entregando aviso por escrito al mismo Departamento o consultorio en el cual entregué esta autorización originalmente, excepto:
 - ◊ si Mass General Brigham ya ha procesado la solicitud (por ejemplo, si la información ya fue expedida, la misma no puede ser retirada)
 - ◊ si firmé esta autorización como condición para obtener un seguro. Otras leyes pueden otorgar alasegurador el derecho a refutar un reclamo en virtud de la póliza o de la póliza misma
 - Esta autorización se vencerá automáticamente 6 meses después de la fecha que fue firmada, a menos que se detalle lo contrario
-
- Mis preguntas sobre este formulario de autorización han sido respondidas
 - Requisito de firma: Cuando el paciente es menor de edad o no es competente para dar su consentimiento, se requiere la firma de un padre, tutor u otro representante legal.

_____ <i>Firma del paciente</i>	_____ <i>Nombre impreso</i>	_____ <i>Fecha</i>
_____ <i>Firma del padre (si el paciente es menor de 18 años); o Sustituto legal (marque uno)</i>	_____ <i>Nombre impreso del padre/madre/ sustituto legal</i>	_____ <i>Fecha</i>