Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

STANFORD HEALTH CARE
STANFORD, CALIFORNIA 94305

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION RADIOLOGY (SPANISH)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE - RADIOLOGÍA

Cuando complete y firme este formulario, su información de salud se divulgará del modo que usted describe en el formulario. Lea cada sección con atención y complete las secciones obligatorias antes de firmar. Le recomendamos que pida una copia para sus registros y la revise antes de autorizar la divulgación de los registros a otra persona que no sea usted. Escriba en letra de molde y de manera legible toda la información al momento de completar este formulario y fírmelo en la última página.

Una vez completada, envíe la autorización a la Radiology Image Library (biblioteca de imágenes de radiología) por fax al (650) 723-3995, por correo electrónico en archivo de formato pdf a imagelibrary@stanfordhealthcare.org o por correo postal a la dirección que se indica a continuación.

Nombre del paciente
Apellido: _____ *Nombre:* _____ *Inicial 2.º nombre:* _____

Fecha de nacimiento: _____ *N.° de teléfono:* _____ *N.° de reg. médico:* _____

Autorizo a: ❑ **Stanford Health Care (SHC) - Radiology Image Library**
300 Pasteur Drive H-1329, Stanford, CA 94305
P: (650) 723-6717 F: (650) 723-3995

a entregar/divulgar la información de salud a:

_____

(Personas/organizaciones autorizadas a recibir la información)

_____

(Dirección)

_____

(Ciudad, estado y código postal)

El propósito de esta divulgación es para (marque todas las casillas correspondientes):

❑ Uso personal
❑ Demanda legal
❑ Otro: _____
❑ Seguro médico
❑ Atención médica

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION RADIOLOGY (SPANISH)

Información solicitada:

❑ Sólo imágenes de radiología (CD) ❑ Imágenes e informes de radiología (CD y papel)

Las solicitudes para obtener informes de radiología únicamente deben enviarse a la Oficina de Divulgación de Información.

Fecha(s) de tratamiento: ❑ De _____ a _____ ❑ Todas las fechas de servicio

Describa lo que quiere que se divulgue: _____

Preferencia de entrega: ❑ Correo ❑ Recoger en _____ a las _____ a.m./p.m.

Vencimiento de la autorización:

Esta autorización vencerá automáticamente (1) año a partir de la fecha de su firma a menos que se especifique una fecha de finalización diferente (ingresar la fecha): _____

Sus derechos de privacidad:

- Puede negarse a firmar esta autorización. Su negativa no afectará su capacidad de obtener tratamiento o pagos del seguro ni su aptitud para recibir beneficios.
- Puede revocar esta autorización en cualquier momento, pero debe hacerlo por escrito y presentarla o enviarla a la siguiente dirección: Stanford Health Care, 300 Pasteur Drive, MC6330, Stanford CA 94305. Su revocación entrará en vigor una vez recibida, excepto en la medida en que otros hayan actuado con base en esta autorización.
- Tiene el derecho a recibir una copia de esta autorización.

El destinatario de la información divulgada de acuerdo con esta autorización podría volver a divulgarla. Dicha nueva divulgación, en algunos casos, podría no estar protegida por las leyes estatales y federales. Tome en cuenta que si desea imponer restricciones sobre el uso de la información de salud por parte del destinatario, debe contactar al destinatario directamente.

Se requiere la firma por escrito (no se acepta la firma electrónica).

_____	_____	_____
Firma (Paciente/Representante legalmente designado)/ ***Signature*** *(Patient /Legal Designated Representative)*	**Fecha/*Date***	**Hora/*Time***

_____	_____
Nombre en letra de molde/ *Print name*	**Relación con el paciente/ *Relationship to Patient***

Es posible que la divulgación de sus registros suponga algún costo.
Su solicitud puede tardar hasta 14 días en ser procesada.