



Divulgación de información

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
MRN: _____ **Telefono:** _____

I. Autorizacion

VRC puede usar o divulgar la siguiente informacion de atencion medica (marque todas las que correspondan):

- Toda la informacion de atencion medica en mi expediente
- Informacion de atencion medica en mi expediente relacionado con el siguiente tratamiento o afeccion:

- Informacion de atencion medica en mi expediente medico para la(s) fecha(s):

VRC puede divulgar esta informacion de salud y o recibir informacion de:

- Todas las clinicas de diagnostico por imagenes:
- Otros consultorios medicos: _____
- Otra Persona(s): _____
- Especifica clinica de diagnostico por imagenes: _____

II. Solicitud que se facilite la copia:

- CD
- Correo electronico sin cifrar (solo informe: las imagenes no se pueden enviar por correo electronico):

- Electronicamente a traves del intercambio de imagenes (si esta disponible):
- Por otro medio electronico (si asi lo acuerda el departamento de registros medicos de VRC):

III. Mis Derechos

Yo entiendo que:

- Esta autorizacion es voluntaria. Mi tratamiento no se vera afectado, no importa si firmo(a) esta autorizacion o no.
- Esta autorizacion es valida por un ano a partir de la fecha de firma, a menos que revoque/retire esta autorizacion, o a menos que se especifique una fecha anterior aqui: _____ . Puedo revocar / retirar esta autorizacion, excepto en la medida en que se haya tomado una accion antes de la recepcion de la revocacion enviando por correo o fax mi solicitud por escrito junto con una copia de la autorizacion ha:

Valley Radiology Consultants
15725 Pomerado Rd Ste 101
Poway, Ca 92064

Firma del paciente: _____ **Date:** _____

Si usted no es el paciente, pero esta firmando por el paciente, por favor complete la seccion abajo.

Yo, _____, soy (Marque el que corresponde)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Padres | <input type="checkbox"/> Familiar Registrado e Cuidado Familiar |
| <input type="checkbox"/> Tutor asignado por la corte legal | <input type="checkbox"/> Agente de atencion medica legalmente designada |
| <input type="checkbox"/> Poder Notarial Medico | <input type="checkbox"/> Poder notarial con derecho a ver los registros medicos |

Firma del Representante: _____ **Fecha:** _____

Recogiendo archivo medico:

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____