



Tri City Radiology, Inc. P.S

Autorización para usar o divulgar información médica protegida.

7221 W. Deschutes Ave. Suite A. Kennewick, WA 99336 / Phone: 509-374-4030/ Fax: 509-374-8690

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombres anterior: _____

1. Mi autorización

Puede usar o divulgar la siguiente información de atención médica (marque todo lo que corresponda):

- Toda la información de atención médica en mi registro médico.
- Información de atención médica en mi registro médico relacionada con el siguiente tratamiento o condición: _____
- Otro: (Rayos X, Facturas), Especifique la (s) fecha (s)

Puede usar o divulgar información de atención médica con respecto a las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento para (a un costo bajo todo lo que corresponda):

- VIH (virus del SIDA)
- Enfermedades de transmisión sexual
- Trastornos psiquiátricos / salud mental
- Uso de drogas y / o alcohol.

Puede divulgar esta información de atención médica a: _____

2. Mis derechos.

Entiendo que no tengo que ignorar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización:

- Para participar en un estudio de investigación o
- Para recibir atención médica cuando el propósito es crear información de atención médica para un tercero

Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hiciera, no afectaría ninguna acción ya realizada por **Tri City Radiology, INC. P.S** basada en esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Dos formas de revocar esta autorización son:

- Rellene un formulario de revocación. Un formulario está disponible en Tri City Radiology. O
- Escribe una carta a Tri City Radiology.

Firma individual del paciente o legalmente autorizada. Fecha

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente Relación con el paciente