



# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE MÉDICOS imágenes, INFORMES, y registros médicos

Nombre del paciente :

Nombre anterior ( si es diferente ) :

Fecha de nacimiento :

Registros Médicos#:

Facilidad :	Fecha del examen :
Dirección :	Tipo de examen :

- sólo CD
- CD e Informe

- sólo Films
- Películas e Informe

- Sólo Reportar
- CD Informe y Películas

Por la presente autorizo a liberar a Stockdale Radiología LLC o sus representantes , las siguientes imágenes médicas y / o registros de la direccion de arriba .

Por favor enviar a la siguiente dirección :  
Stockdale Radiología  
4000 Empire Drive, Suite 100  
Bakersfield , CA 93309

Por la presente autorizo Stockdale Radiología , LLC para liberar las imágenes médicas y / o registros que figuran a la direccion de arriba .

**Pacientes Mamografía : Si las películas anteriores no se pueden obtener , este examen se convertirá en su línea de base.**

El propósito de esta solicitud es para la comparación anterior para el tratamiento / cirugía / eficacia o como comparación con el procedimiento reciente.

Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden ser revelados sin mi autorización por escrito, excepto cuando lo permita la ley . Información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no protegida. Entiendo que la información que se especifica que se dará a conocer puede incluir, pero no se limita a : la historia , los diagnósticos , y / o el tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o las enfermedades transmisibles, incluyendo virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de Inmunodeficiencia Adquirida Síndrome (SIDA).

Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden ser condicionados en mi firma de esta autorización, excepto en ciertas circunstancias , tales como la participación en la



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE MÉDICOS imágenes, INFORMES, y registros médicos

investigación programas o la autorización de la publicación de los resultados de prueba para fines de empleo previos . Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en relación con la autorización . Entiendo que puede cobrar una cuota de recuperación / procesamiento y por las copias de mis registros médicos.

Esta autorización expirará NOVENTA (90) días a partir de la fecha de mi firma, a menos que yo lo revoque la autorización , por escrito , antes de ese tiempo .

Firma del paciente o representante  
legal autorizado:

---

Fecha:

---

USO OFICIAL SOLAMENTE :

ID verificado por documento de identidad válido  
tipo de Identificación:  
número de identificación:

### Tasas aplicables:

Directamente en otro centro médico : No Tarifa

Entrega al paciente o tercer partido no un proveedor : carga 15min \$ más gastos de envío .

Revised 11/22/13