



Solicitud/Divulgación de registros médicos

Nombre del paciente: _____ ID #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ otro(s) nombre(s) en estudios previos: _____

SOLICITE QUE SE ENVÍEN IMÁGENES EXTERIORES CON INFORME A RADIOLOGY REGIONAL:

☐ **Todas las imágenes e informes de los senos**

Imágenes/Fecha: _____

Del médico/centro: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

☐ **PowerShare** - compartir e intercambiar imágenes médicas (**método preferido**)

☐ **Envíe los registros solicitados en formato DICOM CD a:**

Radiology Regional

Attn: Medical Records

3660 Broadway Ave. Fort Myers, FL 33901

Phone: (239) 275-3160 Fax: (239) 275-6455

*No aceptamos CD cifrados

***Por favor incluya este comunicado con las imágenes enviadas**

☐ **DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES DE RADIOLOGY REGIONAL A INSTALACIONES EXTERIORES**

☐ **IMÁGENES**

☐ **REPORTES**

☐ **POWERSHARE**

☐ **CD**

Imágenes/Fecha: _____

Al médico/centro: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

☐ **POWERSHARE para IMAGENES a:** Correo electrónico: _____, a petición del paciente.

- ▶ Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que Radiology Regional Center PA ya haya actuado basándose en esta Autorización. Puedo revocar esta autorización proporcionando la revocación por escrito a:
Radiology Regional Center PA Attn: Privacy Officer, 3660 Broadway Fort Myers, FL. 33901.
- ▶ Entiendo que Radiology Regional Center PA no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios si no firmo esta Autorización.
- ▶ Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar sujeta a las leyes de privacidad aplicables.
- ▶ Esta Autorización tendrá una vigencia de dos años o hasta que la revoque por escrito.

En lugar de la firma del paciente, procese la solicitud de registro como CONTINUACIÓN DE ATENCIÓN

Firma del paciente o representante autorizado*

Nombre de impreso

Fecha

*Debe ser padre, tutor legal y/o tener prueba escrita de representante autorizado y se debe adjuntar una copia de esta prueba a esta autorización/solicitud.

Importante:

Este facsímil contiene información de salud/médico/empresa PRIVILEGIADA Y CONFIDENCIAL destinada únicamente al uso del individuo o entidad a la que está dirigido. Si el lector de este mensaje no es el destinatario previsto, o el empleado o agente responsable de entregar el mensaje al destinatario previsto, por la presente se le notifica que cualquier difusión, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibida. Si ha recibido este facsímil por error, notifíquenoslo inmediatamente por teléfono.

COPIA DEL PACIENTE