

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por medio de este documento autorizo que BEXAR IMAGING divulgue información radiológica o médica {incluso, si la hubiera, información psiquiátrica o psicológica, información sobre el abuso de infecciones o enfermedades contagiosas (incluyendo el VIH y el SIDA) e información sobre tratamientos por el abuso de drogas o el alcohol} del expediente médico de:

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

FECHA DE SERVICIO \_\_\_\_\_

TAC \_\_\_\_\_ IRM \_\_\_\_\_ DEN. ÓSEA \_\_\_\_\_ ULTRASONIDO \_\_\_\_\_ RAYOS X \_\_\_\_\_

MAMOGRAFÍA \_\_\_\_\_ Si fue antes del 2011, últimos 4 números del Seguro social: \_\_\_\_\_

SE DIVULGARÁ A: \_\_\_\_\_ Por correo postal \_\_\_\_\_ A recoger \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ NÚM. TEL.: \_\_\_\_\_

Personal que constata la autorización \_\_\_\_\_ Fecha de autorización \_\_\_\_\_

## A RECOGER

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre o firma del mensajero \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### TUTOR LEGAL:

Confirmando que tengo permiso del paciente para pedir esta información y entiendo que este consentimiento vence automáticamente en ciento veinte (120) días de la fecha indicada más arriba. El paciente o tutor legal pueden cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Razón por la cual el paciente no puede firmar