



AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ paciente fecha de nacimiento: _____

Patient Address: _____

City, State, Zip: _____ Phone: _____

Hearby autorizar _____ a divulgar mi información de salud protegida, como se describe a continuación, para:
Instalaciones o a un médico para hacer divulgación registro

CENTRO DE LA IMAGEN DE BMX
1069 Delaware Ave Ste 104B
Marion, OH 43302

Mi autorización se extiende solamente a los siguientes elementos de datos/documentos:

- Diagnóstico proyección de imagen informes
- Las declaraciones de gastos o pagos
- Para todos registros from ___ a ___
- Reportes de consulta
- Fotografías, cintas de video, digitales u otras imágenes o películas (exploraciones de resonancia magnética, tomografía, etc.)
- Historia y física
- Lista de problema
- Resultados de laboratorio
- Lista de medicamentos
- TODO LO ANTERIOR**
- Otros (especificar) _____

Entiendo que la información autoriza a una persona o entidad para recibir puede volver a divulgarse y no protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para beneficios, pago o cobertura de servicios, o la capacidad para obtener tratamiento.

Entiendo que tengo el derecho a cancelar esta autorización, por escrito, en cualquier momento presentando mi cancelación por escrito a: Centro de la imagen de BMX, 1069 Delaware Ave Ste 104B, Marion, Ohio 43302. Entiendo que una anulación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado bajo esta autorización. Entiendo que la cancelación no se aplica a mi compañía de seguros, cuando la ley otorga a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza.

Yo ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ (inicial SÓLO UNO de los siguientes):

Expiran un año a partir de la fecha firmado por el paciente o representante personal del paciente;

or

Ser eficaz durante toda la vida del paciente a menos que revoque por el paciente o representante personal del paciente.

Reconozco que he leído esta autorización, y que entiendo mis derechos descritos.

Firma del paciente o del paciente Representante Personal	fecha
Impreso el nombre del paciente o la relación de Representante	Personal de paciente a paciente