AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

LA REVELACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Al firmar esta autorización, yo autorizo a The Rose a:

- Usar y/o revelar cierta información de salud protegida (PHI) acerca de mí para los propósitos de las operaciónes de atención médica. Esto podría incluir las actividades de la administración de negocio, las funciones administrativas generales y clínicas, como para obtener una referencia, calidad asegurada, calidad mejorada, el manejo de casos, programas de entrenamiento, licenciatura, credenciales, certificación, acreditación, programas de acatamiento, estudios, recaudación de fondos y actividades de mercadeo que respaldan a The Rose y aseguran que se brinde cuidado de calidad.
- **Obtener todas mis tomas de mamografía / ultrasonido y sus reportes previos para ser revelados para estudios de comparación. Favor de mandar las tomas y reportes previos a Attn: Medical Records The Rose 12700 N. Featherwood, #260, Houston, TX 77034, 281-484-4708, fax 281-484-5626.**

  Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

  Nombre del lugar y año del ultimo mamograma_____
- **Obtener cualquier reporte concerniente a pruebas adicionales basadas en las recomendaciones del radiólogo que las interpreta.**
- **Por lo presente dare voluntariamente mi consentimiento a la coordinación de servicios para lograr cuidado y tratamiento. Reconozco que no se han hecho ningunas garantías en cuanto a los resultados del tratamiento o de la examinación. Por lo presente usted autoriza a The Rose que tenga accesso a su información de servicios clinicos/ datos de historia relacionados con el programa BCCS en caso que sus datos existan en el modulo de Med-IT/B&C.**

  _____
  Firma de Paciente

El propósito es proveído para que yo pueda tomar una decisión bien fundada acerca de si deba o no permitir la revelacion de mi información. Esta autorización expirará en un año de la fecha firmada abajo. The Rose no recibirá pago o otra remuneración de algun tercero a cambio de usar o revelar su información de salud protegida (PHI).

HIPAA no exige que usted firme esta autorización para recibir tratamiento en The Rose. Sin embargo, es la poliza de The Rose que cada paciente provee el nombre de su médico para que reciba una copia de su reporte, asi mismo usted autoriza a The Rose a revelar registros médicos.

Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización por las razónes específicas aquí y a quién los límites se le apliquen, aparte de la revelación de los registros médicos: _____

Cuando mi información es usada o revelada de conformidad con esta autorización, podría estar sujeto a la re- revelación por el receptor y podría no estar protegido por la regla de privacidad de HIPAA federal. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto hasta el punto que la práctica ha actuado en la dependencia sobre esta autorización.

Mi revocación escrita debe ser enviada a The Rose Privacy Officer al: **12700 N. Featherwood, #260, Houston, TX 77034, 281-484-4708, fax 281-484-5626. Favor de enviar tomas e reportes previos a la misma dirección Attn: Medical Records.**

Firmado por: _____ _____

Firma del Paciente o Tutor legal — Relación al Paciente

_____ _____

Nombre del Paciente (en molde) — Fecha

RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO ESCRITO

Yo recibi una copia de The Rose's notificación de prácticas de privacidad, cual explica como mi información médica va a ser usada y revelada.

_____ _____

Nombre del Paciente o Representante Personal — Firma del Paciente o Representante Personal

PARA USO DE OFICINA

_____ _____

Fecha — _____Refused to sign

_____ Witnessed