

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL SERVICIO DE IMÁGENES

(Autorización para que St. Joseph Hospital of Orange divulgue estudio de imágenes)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ # Expediente médico (Si lo sabe): \_\_\_\_\_

La información será divulgada a: \_\_\_\_\_

Información divulgada: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

Transportada vía: \_\_\_\_\_

Motivo de la divulgación y limitada a: \_\_\_\_\_ Consulta médica: \_\_\_\_\_ Otro motivo: \_\_\_\_\_

- *Entiendo que St. Joseph Hospital ha divulgado el original/copia del estudio de imagen y libero a St. Joseph Hospital de toda responsabilidad y obligación que pudiera surgir como resultado de esta divulgación de los materiales originales/copias.*
- *Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento salvo en la medida que la información ya haya sido divulgada.*
- *Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada por mi autorización pueda estar sujeta a que el destinatario de la información la divulgue de nuevo.*
- *Entiendo que St. Joseph Hospital no puede condicionar el tratamiento o el pago basado en mi firma en esta autorización, salvo en el caso de tratamiento relacionado con un estudio de investigación.*
- *Entiendo que esta autorización caducará en cuanto la información haya sido divulgada.*

\_\_\_\_\_  
Paciente/Representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o del representante autorizado en letra del molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Preparado por/Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Ejecutado por/Fecha

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**St. Joseph Health**   
**St. Joseph Hospital**

**IMAGING SERVICES MEDICAL INFORMATION  
RELEASE AUTHORIZATION - SPANISH**



ROIA-MT

7630-0065S (8/24/18)

PATIENT ID