



Pinehurst Medical Clinic

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA PACIENTE DE CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 164.508 DEL TÍTULO 45 DEL CFR

Nombre de la paciente: _____ Fecha de nacimiento de la paciente: _____

Solicito y autorizo que se divulgue mi expediente médico sobre mamografías anteriores para su comparación a:

Nombre/Centro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax : _____

Esta autorización permite que el proveedor de atención médica anterior use o divulgue la siguiente información médica identificable sobre mí a ***Pinehurst Medical Clinic***.

Envíe **LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS DE EXÁMENES DE IMÁGENES MAMARIAS, INCLUYENDO IMÁGENES O INFORMES DE MAMOGRAFÍAS, ULTRASONIDOS O DE PATOLOGÍA** por VPN, transmisión de imágenes en la nube o CD/DVD en formato DICOM. *Si no tiene exámenes de mama para esta paciente, llame a nuestro consultorio.*

Cuando mi información se utiliza o se divulga de conformidad con esta autorización, puede ser información médica protegida y estar sujeta a la Norma de Privacidad de la HIPAA. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito, excepto cuando el consultorio ya haya tomado acciones basadas en ella. Mi revocación por escrito se debe presentar al proveedor de atención médica. Esta autorización estará en vigor hasta dos años a partir de la fecha de su ejecución, momento en el que expirará.

Firmado por: _____

Fecha: _____

Los expedientes se deben enviar por correspondencia o fax a:

***Pinehurst Medical Clinic
Mammography Department
15 Regional Drive
Pinehurst, NC 28374
Fax (919) 706-4778***