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 de mamografías e imágenes anteriores para su comparación desde:

Centro: Morgan Records Management – Custodian of Pinehurst Radiology Associates (PRA) Medical Records
Dirección: 8 State Street, Nashua, NH, 03063
Teléfono: (833) 888-0061

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

Solicitud de información: envíe los **ÚLTIMOS 8 AÑOS DE IMÁGENES MAMARIAS**

Información Importante: Morgan Records Management es el custodio de los expedientes médicos de PRA, y mi autorización permite que PMC solicite la divulgación de mis expedientes médicos y la obtención de mis expedientes médicos por un cargo de $35.

Indique a continuación cómo desea proceder.

_____Deseo que PMC obtenga mis expedientes médicos de PRA y entiendo que seré responsable del cargo de $35 por la recuperación que cobra Morgan Records. Este pago se hará a PMC y PMC lo enviará a Morgan Records en mi nombre.

_____No deseo que PMC obtenga mis expedientes médicos de PRA. Entiendo que aún podré programar mi mamografía 3D de detección de cáncer de mama con PMC; sin embargo, no tendré imágenes para comparación.

Entiendo que el expediente médico divulgado conforme a esta autorización podría contener información adicional a la solicitada anteriormente, según mis antecedentes médicos con PRA. **PMC solo almacenará la información que forme parte de la solicitud arriba indicada.**

Indique a continuación cómo desea proceder.

_____Deseo recibir una copia de mi expediente médico de Morgan Records, custodio de expedientes médicos de PRA. Indique su dirección de correo electrónico preferida para que Morgan Records pueda enviarle sus expedientes de forma segura.

Correo electrónico: _____

Si no dispone de una dirección de correo electrónico o prefiere otro método de envío, póngase en contacto directamente con Morgan Records, ya que este servicio y su tramitación tendrán un costo adicional.
Morgan Records: https://morganrecordsmanagement.com/

_____No deseo recibir una copia de mi expediente médico de Morgan Records, custodio de expedientes médicos de PRA.

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