

ACTA DE PRIVACIDAD (HIPAA) – SOLICITUD DE REGISTROS MEDICOS

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

ID#:

- Por la presente reconozco que me han ofrecido una copia de la **ACTA DE PRIVACIDAD** de Radiology Associates.
- Yo reconozco que ay una copia de la Acta mas reciente en el area de recepcion y que tambien esta disponible en la pagina de interenet de Radiology Associates: www.rasloimaging.com.
- Como lo es indicado en la **ACTA DE PRIVACIDAD**, Yo reconozco que Radiology Associates puede revelar / o pedir mis expedientes medicos para mejor asistir el tratamiento y el continuo de atencion medica
- Como lo es indicado en la **ACTA DE PRIVACIDAD**, Yo reconozco que tengo el derecho a obtener una compia de mi expediente medico.
 - Yo comprendo que Habra un cobro de **\$15** por hoja de pelicula que yo pida, **\$15** por CD, Y/o **\$10** por reporte de examen.
 - Yo comprendo que you debo obtener una copia de el reporte relacionado con mi imagen departe de mi doctor, asi el tendra la oportunidad de darme los resultados y de contestar mis preguntas.
 - Ya an pasado 3 dias desde la fecha de mi examen y no he tenido suerte en obtener una copia de mi reporte, Radiology Associates podrian probereme con una copia de mi reporte por peticion mia. Yo comprendo que cualquier pregunta que you tenga relacionada con los resultados tendra que ser contestada por mi doctor y no Radiology Associates. Muchos medicos prefieren que cualquier resultado venga directamente de su oficina.



Yo autorizo a Radiology Associates para que obtenga mi expediente medico previo y a futuro que sea relacionado con mis imagenes.

Iniciales del
paciente

AUTORIZACION PARA QUE PERSONAS ADICIONALES PUEDAN RECIBIR/ OBTENETER SU EXPENDINTE MEDICO EN SU REPRESENTACION:

Yo autorizo la relevacion de mi expediente medico de Radiology Associates centro de Imagenes para pacientes ambulatorios a los siguientes individuos:

Nombre: _____ Relacion: Esposo / Hijo / Padre / Otro _____

Esta autorizacion puede ser revocada a cualquier hora con una notificacion por escrito

Paciente (o Guardian Legal) Firma

Fecha



HEALTH COMPANION DATA SHEET

Buenas Noticias! Ahora puede tener acceso a sus resultados de Imagen por Internet.

Nombre de Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Fecha:	Número de la seguridad social:
(Correo electrónico) es necesario para recibir informes)	Correo Electronico:

1. Valla a:

www.HealthCompanion.com/ehr/00490

2. Usted va a necesitar ingresar el PIN si no se establecido Un vincular entre su cuenta de Health Companion y nosotros.

3. Su numero de PIN es:

Que es Health Companion? Es un expediente de salud personal para ayudarle a conservar informacion y asi poder vivir una vida mas saludable. Es completamente gratis, seguro, y confidencial.

Que pasa si mi expediente no esta disponible cuando entro a la pagina

e-internet? Vuelve a intentar dentro de uno a dos dias. Los reportes de Images llegaran despues de **3 dias** para permitirle al medico quien lo referirio el tiempo de revisarlas

Que pasa si no me registro? Su acceso personal a la informacion que le hemos proveado se vencera dentro de **30 dias** si no completa su registracion , pero nos puede contactar si usted gusta que le enviemos las informacion nuevamente.

Despues que se registre para Health Companion: Utilice Health Companion para manegar su informacion medica. Si usted desea, puede subir sus otros expedientes medicos. Seguir la pista a sus necesidades de prevencion , exámenes de revision y habitos saludables. Invite amigos y familiares a unirse y comunicué problemas de salud con otros, Sin compartir su informacion medica personal.