RADIOLOGY Regional
Powered by LucidHealth

Información Médica Privada PHI (PHI) *(por sus siglas en inglés)* Disclosure Authorization

Paciente Dirección de correo electrónico: _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta recibir notificaciones por correo electrónico de RRC, incluidas las notificaciones relativas a su cuenta del portal del paciente o al producto de acceso a datos PowerShare.
Si se registra en el portal o PowerShare con una cuenta de correo electrónico compartida, tenga en cuenta que todos los usuarios de esa cuenta de correo electrónico pueden tener acceso a la información médica contenida en el portal o PowerShare y puede ser capaz de acceder y/o restablecer la contraseña para el portal o PowerShare. Si desea proteger su información médica de dicho acceso, no se registre en el portal o PowerShare con una cuenta de correo electrónico compartida o compartir su contraseña de correo electrónico con cualquier persona.

****Registros enviados por correo electrónico a una dirección de correo electrónico no codificado pueden ser vistos por personas no autorizadas. Al seleccionar este método de entrega, usted entiende y acepta los riesgos inherentes de recibir registros por correo electrónico a la dirección que usted especifique.***

Persona en caso de emergencia: _____ ***Número de Tel:*** _____

RRC puede divulgar cualquier información a la familia y amigo(s) que la lista de abajo. (copias de exámenes, resultados de exámenes, horas y fechas de citas, información médica y financiera)

Nombre:	**Parentesco:**
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cree su propio codigo de seguridad de 4 digits._____(Para accesar su cuenta si usted solicita informacion per telefono)

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a RRC la cual es válida por un año, entiendo que RRC no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios al firmar yo esta autorización, entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el beneficiario/a y sin estar más sujeta a las leyes de privacidad aplicables.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del Encargado/Representante: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

*** COMPLETE EL FORMULARIO EN EL OTRO LADO POR FAVOR ***

Reconocimiento de Recibo de Notificación de la Práctica de Privacidad

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido o haber sido informado que tiene el derecho de recibir una copia de Reconocimiento del Recibo de Notificación de la Práctica de Privacidad de Radiology Regional.

Esta notificación está disponible por escrito al solicitarse en la recepción de cualquier centro de Radiology Regional, o al someter una solicitud por escrito del Acta Federal que protege la privacidad individual de información referente a la salud, HIPAA (por sus siglas en ingles), a Radiology Regional al 3660 Broadway, Fort Myers, FL 33901.

Usted también puede ver o imprimir una copia de la Notificación de la Práctica de Privacidad al visitar la página de Radiology Regional en www.radiologyregional.com seleccione el menú Para Pacientes y pulse la opción de Póliza de Privacidad.

Firma del paciente:_____ **Fecha**_____

Nombre del paciente:_____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del Encargado/Representante:_____ Fecha:_____

Parentesco con el paciente: _____