



INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (impresión)

Nombre Completo del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____ Género _____

#Teléfono de Casa _____ #Móvil _____

Dirección postal complete _____

Empleador _____ # de trabajo _____

Estado civil: (Por favor marque uno) Soltero/a Casado/a

PERSONA(S) de CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____ #Teléfono de Casa _____ Relación _____

Nombre _____ #Teléfono de Casa _____ Relación _____

INFORMACIÓN DE SUSCRIPTOR:

Nombre de Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ #Seguro Social: _____

Domicilio (si es diferente del paciente) _____

de teléfono (si es diferente del paciente) _____

Empleador _____ # de trabajo _____

SÓLO los MENORES de EDAD- Información de los Padres del menor de edad:

Nombre del Padre _____ #Teléfono de Casa _____

Nombre de la Madre _____ # Teléfono de Casa _____

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD PARA IMAGING CENTER OF IDAHO,
VEIN CENTER OF IDAHO AND ADVANCED OPEN IMAGING**

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

Al firmar, estoy reconociendo que: Soy el paciente o su representante personal; me han ofrecido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" (NPP); Y que puedo contactar una de sus oficinas si tengo preguntas sobre el consentimiento.

_____ He pedido una copia impresa de la NPP. **(Uso de la Oficina solamente: PCC Signature: _____)**

Firma del paciente o padre/tutor/responsable legal de persona

Fecha

Descripción de la relación al paciente

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

El propósito del consentimiento al firmar este formulario, accederás a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de la Salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Privacidad antes de decidir si desea firmar este consentimiento. Nuestro aviso se ofrece una descripción de nuestro tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de la Salud; También se describen los usos y divulgación que pueden hacer de su información protegida de la salud y de otras cuestiones importantes acerca de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad que se describen en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si somos capaces de cambiar nuestras prácticas, se publicará un aviso sobre Prácticas de Privacidad, que contendrá los cambios. Estos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su Información Médica Protegida que mantenemos.

Derecho a revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante aviso por escrito nos de su revocación presentado a la persona de contacto en la oficina. Por favor, comprenda que la revocación de la autorización no afectará a ninguna acción que tomamos en la dependencia en este consentimiento antes de que hayamos recibido su revocación.

Firma: Yo, _____ he tenido la oportunidad de leer y estudiar el contenido de este formulario de consentimiento y la notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, yo estoy dando mi consentimiento para que pueda utilizar y revelar mi INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pagos y Operaciones de Cuidado de la Salud.

Doy mi consentimiento para liberar mi información de salud a las personas siguientes.

1. _____
2. _____
3. _____

**Familiares o amigos que usted nos da
permiso para hablar sobre/liberar su PHI.**

Doy consentimiento para dejar un mensaje detallado en el siguiente teléfono # _____

Firma _____

Fecha _____

Si este consentimiento se lleva a cabo la firma de un representante personal en nombre del paciente, por favor complete los siguientes.

Nombre del Representante Personal (Imprimir) _____ Relación con paciente _____

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

PUEDO revocar mi consentimiento para su uso y divulgación de mi INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI). Tengo entendido que mi revocación de mi consentimiento no afectará a ninguna acción que realizó en la dependencia en mi consentimiento antes de recibir este aviso

Firma _____

Fecha _____

Esta permanecerá en vigor hasta y a menos que usted revocar el consentimiento



4519 Enterprise Way Caldwell, ID 83605
Teléfono: (208) 454-0742 Fax: (208) 454-2341

AUTORIZACIÓN PARA SACAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio/Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sólo Para la Mamografía Pacientes:

Fecha de los exámenes anteriores (Ultrasonido del Pecho, Mamografía, Simulación de Resonancia Magnética del Pecho): _____

Nombre del establecimiento donde se realizó examen: _____

Fecha de servicio: _____

A la Salud de: _____

Teléfono: _____ Facsímile: _____

Recogida (P/U) Correo (Mail) Mensajero (Courier) Facsímile(Fax)

Mamograma (Mammo) Tomografía Computarizada (CT) Escaneador de Eesonancia Magnetic (MRI)

Rayos X Ultrasonido (XR) Densidad ósea (Dexa)

_____ Filme (Films) _____ Reporte(Report) _____ Informe Cirugía (Surgery Report)

_____ Patología Solicitud (Pathology Request)

Firma Paciente/Custodio

Firma Relación (personalidad/padre)

Fecha

Firma Testigo

Fecha