



Longhorn Imaging Centers
Phone: (512) 444-8900 Fax: (512) 444-7244

Nombre del paciente: _____ Fecha de cumpleaños: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

***Descargo de responsabilidad: su informe se enviará **automáticamente** al médico remitente para la visita de hoy. Si desea que un proveedor diferente recibir el informe, proporcione su nombre y número de fax.

Liberar a
Nombre de la clínica/proveedor: _____ Fax #: _____

Yo, el paciente mencionado anteriormente, o su padre/tutor legal, por la presente autorizo a Longhorn Imaging a divulgar imágenes/informes a:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

- Con el propósito de (Marque al menos uno)
- Continuidad de la atención por parte de otro proveedor
 - Legal/Abogado
 - Discapacidad
 - Solicitud del paciente
 - Seguro
 - Escuela
 - Otro

AVISO AL DESTINATARIO: Las reglas federales prohíben la divulgación adicional por parte del destinatario de cualquier registro de abuso de alcohol o sustancias divulgado bajo esta Autorización a menos que el destinatario haya recibido el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita ** 42 CFR Parte 2

Agradecimientos Entiendo que: 1. La información de salud identificable individualmente puede incluir información sobre enfermedades transmisibles como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermedad mental (excepto notas de psicoterapia), pruebas genéticas, dependencia química o del alcohol, laboratorio resultados de pruebas, historial médico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. 2. No tengo que firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para recibir servicios o artículos de atención médica. 3. La entidad o persona que recibe la información bajo esta Autorización puede no estar sujeta a la HIPAA o las reglas de privacidad estatales y la información divulgada puede que ya no esté protegida por las reglas de privacidad federales o estatales. 4. Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito de revocación a la Clínica a la dirección que figura en la parte superior. La revocación no afectará ningún uso o divulgación por parte de la Clínica antes de recibir la revocación por escrito..

VENCIMIENTO:
La autorización vence 180 días a partir de la fecha de la firma o en la siguiente fecha o evento:

Fecha: _____ Firma del paciente o del representante del paciente: _____

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: Yo/paciente, Padre, Guardián, *Otra: _____

**Attach legal document*



LONGHORN IMAGING

Longhorn Imaging Centers

Phone: (512) 444-8900 Fax: (512) 444-7244

Nombre del paciente: _____ Fecha de cumpleaños: _____

PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR TELEFÓNICO

Usted acepta recibir llamadas con mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, mensajes de texto y/o correos electrónicos de Longhorn Imaging Center, nuestros socios, subcontratistas o cualquier otra empresa a la que tengamos que transferir su cuenta, incluidas son las agencias de cobranza, en cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico que usted nos proporcione en cualquier momento o que hayamos obtenido de otra manera, lo que podría resultar en cargos para usted. Podemos realizar dichas llamadas, mensajes de texto o correos electrónicos para (i) notificarle acerca de las próximas citas; (ii) notificarle los resultados; (iii) solucionar problemas con su cuenta (iv) resolver una disputa; (v) cobrar una deuda; o (vi) según sea necesario para dar servicio a su cuenta o hacer cumplir este acuerdo de admisión, nuestras políticas, la ley aplicable o cualquier otro acuerdo que podamos tener con usted.

Las formas en que puede proporcionarnos un número de teléfono o dirección de correo electrónico incluyen, entre otras, proporcionar la información al abrir la cuenta, agregar la información a su cuenta en un momento posterior, proporcionarle a uno de nuestros empleados, proporcionar a nuestros socios, subcontratistas o cualquier otra empresa a la que tengamos que transferir su cuenta, o poniéndose en contacto con nosotros o nuestros socios, subcontratistas o cualquier otra empresa a la que tengamos que transferir su cuenta de número de teléfono o dirección de correo electrónico. Si un número de teléfono que se nos proporciona es un número de teléfono móvil, usted acepta recibir SMS o mensajes de texto en ese número. Es posible que se apliquen cargos estándar por minutos telefónicos y mensajes de texto si nos comunicamos con usted. Puede revocar este consentimiento expreso en cualquier momento llamándonos al: 512-444-8900.

Fecha: _____ Firma del paciente o del representante del paciente: _____

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: Yo/paciente, Padre, Guardián, *Otra: _____

*Attach legal document