



Longhorn Imaging

☐ 512-444-8900

☐ 512-444-7244

www.longhornimaging.com

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nuestro compromiso

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en cada visita. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales.

Uso y divulgación de su información médica

La siguiente sección describe las diferentes formas en que utilizamos y divulgamos información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, hemos enumerado todas las diferentes formas en que se nos permite utilizar y divulgar información médica. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para ningún fin que no se detalla a continuación sin su autorización específica por escrito.

- Tratamiento: Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otras personas que estén a cargo de su atención. También podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica para ayudarlos a tratarlo.
- Recordatorios de citas: Podemos usar y divulgar información médica con el fin de enviarle postales de citas o recordarle sus citas de otro modo.
- Para operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Esto podría incluir medir y mejorar la calidad, evaluar el desempeño de los empleados, realizar programas de capacitación y obtener la acreditación, los certificados, las licencias y las credenciales que necesitamos para brindarle nuestros servicios.
- Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para fines de pago. Es posible que se le envíe una factura a usted o a un tercero pagador. La información que se incluye en la factura o que la acompaña puede incluir su información médica.
- Compensación laboral: Podemos divulgar información médica cuando esté autorizado o sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral u otros programas similares.

Aviso legal: Los informes de imágenes se enviarán automáticamente al médico que lo remitió para las citas programadas. Si desea enviar sus registros a otros médicos, puede proporcionar esta información en el momento de su cita o comunicarse con nuestro departamento de registros médicos en cualquier momento.

Agradecimientos

Al firmar este formulario, yo, _____, o su padre/representante legal, reconozco que he revisado y comprendido la información mencionada anteriormente y que se me ha dado una oportunidad razonable de revisarla y hacer preguntas.

Además, la(s) siguiente(s) persona(s), si se menciona(n) a continuación, pueden solicitar mi información médica en mi nombre hasta que yo lo revoque.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Contacto de emergencia

Autorizo a Longhorn Imaging a ponerse en contacto con la persona indicada anteriormente en caso de emergencia médica o si no puedo comunicarme en relación con mi atención mientras me encuentro en el centro.

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo (opcional): _____

Iniciales del paciente: _____

Firma del Paciente

Fecha



Longhorn Imaging

☐ 512-444-8900

☐ 512-444-7244

www.longhornimaging.com

PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR TELEFÓNICO

Yo, _____ 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.

Firma del Paciente

Fecha