





## Autorización para el uso o divulgación de información

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo **JK Radiant, L.P. dba GO Imaging** (en lo sucesivo) para:  
(Por favor marque uno o ambos de los siguientes:)

usar y divulgar la siguiente información protegida de salud a cualquiera médico que razonablemente puede identificarme por nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social y, o

usar y divulgar la siguiente información de salud protegida:  
(Por favor indique a quienes podemos divulgar información. Por favor incluya los nombres de los miembros de la familia o amigos).

\_\_\_\_\_  
(Por favor comprueba de qué tipo de información nos permita liberar.)

Todos los registros médicos     Todos los registros de facturación

Esta información de salud protegida está siendo usada o divulgada para los siguientes fines: para diagnosticar o tratar al paciente o: [lista de propósitos específicos aquí:] \_\_\_\_\_.

Esta autorización estará en vigor y efecto **indefinidamente**; Entiendo que se puede aplicar una fecha de caducidad en el momento del servicio o que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de tal notificación a **Alesia Jones** en **ajones@go-imaging.com**. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que **GO Imaging** se ha basado en el uso o la divulgación de la información de salud protegida. Entiendo que información usada o divulgada en conformidad con esta autorización puede ser utilizada por el destinatario y no puede estar protegida por ley federal o estatal. **GO Imaging** no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si corresponde) si proporciono o no esta autorización.

Entiendo que tengo el derecho de:

- ❖ Inspeccionar o copiar la información protegida de salud para ser usada o divulgada como permitido bajo la ley federal (o ley del estado en la medida en la ley del estado proporciona mayores derechos de acceso).
- ❖ Negarme a firmar esta autorización.

[El uso o la divulgación solicitada bajo esta autorización resultará en directo o indirecta remuneración a **GO Imaging** de un tercero. [si aplica].

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del Representante Personal

### Consentimiento para propósitos de prueba, pago y operaciones de cuidado de la salud

Doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud protegida por **JK Radiant, L.P. dba GO Imaging** (en adelante **GO Imaging**) con el fin de prestarme servicios, obtener el pago de mis cuentas de atención médica o realizar operaciones de atención médica de **GO Imaging**. Entiendo que el servicio prestado por **GO Imaging** puede estar condicionado bajo mi consentimiento como evidencia por mi firma en este documento.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información de salud protegida es usada o divulgada para llevar a cabo servicios, pago u operaciones de cuidado de la salud de la instalación. No es necesario que **GO Imaging** esté de acuerdo a las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si **GO Imaging** acepta una restricción que solicito, la restricción obliga a **GO Imaging**. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que **GO Imaging** ha tomado medidas al amparo de esta autorización.

Entiendo que tengo el derecho de revisar este aviso de privacidad de **GO Imaging** antes de firmar este documento y que está disponible a petición. El aviso de prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgación de mi información protegida de salud que se producirán en mi examen, el pago de mis cuentas o en el desempeño de operaciones de atención médica. **GO Imaging** se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el aviso de prácticas de privacidad. Puedo obtener un aviso revisado de prácticas de privacidad llamando a la oficina y solicitando una copia revisada enviada por correo.

Como cortesía, nuestra oficina procesara su reclamo por el servicio a su compañía de seguros. Sin embargo, puesto que no hay ninguna garantía de pago por una compañía de seguros, usted será responsable del pago por servicios recibidos en nuestra oficina que el seguro no pague más el costo de la colección, si es necesario. Si iniciamos un proceso de colección u otra acción legal que sea necesario cobrar una cuenta vencida, el paciente o responsable del paciente, entiende que **GO Imaging** tiene el derecho a revelar a una agencia de colección exterior toda la información personal de la cuenta necesaria para cobrar el pago por los servicios prestados. El paciente o responsable del paciente, entiende que son responsables de todos los costos de colección.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del Representante Personal



Si	No	
		Marcapasos cardiacos
		Clips quirúrgicos de aneurisma cerebral
		Clips de la arteria carótida Fecha:
		Pinzas vasculares Fecha:
		Neuroestimuladores (decenas)
		Válvula del corazón
		Electrodos
		Prótesis de oído
		I.U.D. Tipo:
		Derivación: Espinal o Ventricular
		Huesos fracturados o column Vertebral tratada con:
		Barra de metal Fecha:
		Placas de metal Fecha:
		Pernos de metal Fecha:
		Tornillos Fecha :
		Tatuajes Fecha:
		Enfermedad del riñón
		Maquillaje permanente
		Anemia de células falciformes

Yes	No	
		Bobina intravascular: filtro
		Termodilución Swan – Ganz catéter
		Suturas de alambre: Ubicación: Fecha:
		Bomba de quimioterapia
		Tratamiento dental: (puentes, dentaduras, etc.)
		Fragmentos de metal de BB tiro Ubicación:
		Prótesis de :
		Articulaciones Ubicación:
		Extremidades Ubicación:
		Ojos Der / Izq (circular)
		Oído medio / coclear del implante: Der / Izq (circular)
		Dispositivo de control electrónico
		Bomba de medicación Tipo:
		Reemplazo de articulaciones Ubicación:
		Metralla / ubicación de la herida de bala
		Hepatitis
		Stents
		Otro implante de metal (especifique):
		Ha tenido o tiene algún fragment/pedazo de metal en los ojos?

Firma del Paciente (Si el paciente es menor de 18 años de edad, el tutor debe firmar)

Fecha

El paciente no debería entrar en el área del examen con cualquiera de los siguientes artículos:

- Lentes                                      -Billetera/Monedera      -Joyería/Aretes      -Bolígrafo/Lápiz                      -Prótesis de oído
- Llaves/monedas                      -Reloj                                      -Cierre metálico      -Trabajo dental desmontable      -Hebilla de metal
- Sostén con broche metálico      -Ganchos para el pelo      -Navaja                                      -Zapatos

**CONSENTIMIENTO PARA LA INYECCION DE CONTRASTE**

La examinación de MRI que su doctor le ha prescrito requiere que un agente de contraste inyectable, *gadolinio*, sea administrar. El Gadolinio se le administrará a usted por medio de inyección intravenosa (en vena). Este contraste se elimina a través del sistema urinario en 24 horas después de la inyección. El uso principal de este agente es proporcionar realce del contraste del estudio para hacer más fácil ver áreas de preocupación o interés, como los vasos sanguíneos y tejido cicatricial. La introducción de contraste en el cuerpo puede causar leves o severas reacciones, pero esto ocurre raramente. Por favor, conteste las siguientes preguntas y firme.

**CONSENTIMIENTO PARA EXAMINAR VIH/SIDA EN CASO DE EXPOSICION ACCIDENTAL**

Entiendo que si un trabajador sanitario se expone accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales de una manera que el trabajador puede estar en riesgo de contraer la Hepatitis Viral o el SIDA, se requiere tener mi prueba de sangre. Esto es en virtud de la ley de Texas y protocolos del Hospital para determinar la presencia de Hepatitis, antígeno de superficie o Virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Resultados de la prueba se mantendrán confidenciales en la medida permitida por la ley y cualquier información sobre mi identidad en relación con dichas pruebas se destruirá después de las pruebas y notificación al trabajador profesional de la salud que fue expuesto.

Este procedimiento me ha sido explicado, y doy mi consentimiento para la inyección intravenosa de gadolinio y pruebas de VIH / SIDA en caso de exposición accidental. Entiendo que como con cualquier medicamento, es un riesgo de reacciones adversas o menores. He hecho preguntas, y las respuestas recibidas sobre áreas que no entendía, entiendo lo que he leído y lo que se me ha dado.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **TESTIGO:** \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY</b>	
Appointment Time: _____ ;	Table Time: _____
Tech made patient aware of table time: YES      NO	Tech Notified Manager: YES      NO
Notes: _____	