



2302 S. 77 Sunshine Strip, Ste. 101  
Harlingen, TX 78550  
(956) 412-2121 FAX (956) 412-2125

## FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El departamento de salud y derechos Humanos a establecido una "Regla de privacidad" para asegurarse que todo tipo de informacion de salud personal este protegida. Esta regla fue tambien creada para la orden y uso medica y obtener el consentimiento para cualquier informacion medica requerida por otro proveedor medico para seguir con cualquier tratamiento medico, pago o cualquier operacion medica.

Como nuestro paciente queremos que sepa que respetamos la Regla De Privacidad medica personal de expedients medicos y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esta regla. Siempre trataremos de tener la mayor precaucion posible para prteger esta regla de privacidad, cuando sea apropiada y necesaria. Nostoros soltamos la minima infofrmacion medica e informacion para cualquier operacion medica, para poder ofrecer el mayor trator de su mayor interes.

Nosotros tambien queremos apoyarlos por completo para que tengan acceso por completo a sus expedients medicos. Nosotros tendremos tratos indirectamente con usted (sus laboratorios) que solamente se trata con ellos y no directamente con el paciente y tendremos que soltar informacion personal medica para usos de tratamiento, pagos y operaciones de salud. Estas identidades no requieren obtener autorizacion o consetimiento del paciente.

Usted puede negarse a dar el consentimiento para proveer o facilitar cualquier informacion medica, solo se requiere que sea por escrito. Bajo esta ley, nosotros tenemos el dercho de negar servicios por negar el dercho de soltar su informacion de salud personal. (ISP). Si se desea dar el consentimiento en este document, en cualquier tiempo en el future podra retractarse en parte o por complete de su ISP. Used no podra revocar acciones que se haigan tomado acabo dado el consentimiento en esta forma.

Si usted desea tener alguna objection con esta forma hable con el representante oficial de HIPPA. Usted tiene el derecho de revisar su regla de privacidad, para cualquier propuesta or restriccion o revocar el consentimiento por escrito despues de haber terminado de leer esta forma.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **NOTIFICACION PARA NUESTROS PACIENETES EN CUMPLIMIENTO DE SEGURIDAD**

Para Nuestros Pacientes:

El mal uso de informacion de salud personal (ISP) a sido identificado como un problema nacional causando pacientes muchas inconveniencias, agavaciones, y dinero. Nosotros queremos que todos nuestros empiados, suervisores y doctors continuamente sigan con entrenamiento para que entiendan y enforquen las reglas gubernamentales, y regulaciones referete a El Acto de Probabilidad de Sueguro, Salud y Contabilidad.

Es nuestra regla usar ISP apropiadamente en acuerdo con las reglas gubernamentales, leyes, y clausulas o cualquier regulacion. Nosotros no queremos asegurar que nuestra practica no contribuya al cresimiento de un problema no apropiado o sus causas de ISP. Como parte de ste plan, nosotros implementamos el programa para cumplir con lo que creemos ayede a prevenir uso inapropiado del ISP.

Tambien sabemos que no somos perfectos. Por este factor, nuestras reglas son escuchar a nuestros empleados como nuestros pacientes sin ningun pensamiento de penalisar sese cree que en cualquier evento se pudeo aver comprometido la intergridad de nuestras reglas. Agradecemos cualquier informacion que tenga para resolver algun problema de servicio en esta facilidad.

Gracias por ser un paciente valorado.



2302 S. 77 Sunshine Strip, Ste. 101  
Harlingen, TX 78550  
(956) 412-2121 FAX (956) 412-2125

AUTORIZACION PARA SOLTAR INFORMACION MEDICA

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Yo doy autorizacion a **BAAXTEN IMGAGING CENTER** para lanzar lo siguiente a :

Informacion Medica:

Nombre de persona/facilidad: \_\_\_\_\_

Dirrecion: \_\_\_\_\_

Marque lo siguiente que aplica:

- DXA
- X-Ray
- Mammo
- CT Scan
- Ultrasound
- MRI

Esta autorizacion cubre cuidado del paciente dado desde: \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_

Proposito del Lanclamiento:

- Atencion Medica
- Aseguranca
- Abogado
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorizacion es valida por 120 dias del fecha de la firma. Este paciente puede revocar esta autorizacion en escrito antes de fecha de expiracion.

Este paciente esta diacuerdo que la fotocopia de esta autorizacion puede considerarse valida:

- Si
- No

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_





## HIPPA

Lo que usted debe saber acerca de las practicas usada por Baaxten Centro de Imágenes en referencia a la privacidad de su información.

Este aviso describe las practicas de Baaxten para como su información podrá ser usada o dada a conocer, y como usted podrá tener acceso a esta información. Favor de revisar este aviso cuidadosamente.

Como su información será dada a conocer:

- Nosotros damos a conocer su información solamente con personal que trabaja en Baaxten. Personal que se dedica a su trato personal, que se encarga de enviar cobro a su compañía de seguro, y los que se encargan de proveer servicios médicos.
- Todo el personal en Baaxten esta dedicada proteger su privacidad.
- Nosotros en Baaxten intercambiamos información con otro personal fuera de de este centro, únicamente que estén involucrados en su cuidado medico.
- Ocasionalmente compañías o individuos que Baaxten contrate para el manejo de este negocio, podrán tener acceso a su información.
- Todas las compañías que ocupemos o contratemos están dedicadas a su privacidad por escrito.
- Algunas veces damos a conocer su información por que la ley nos lo impone.
- También intercambiamos información para asegurar pago por servicios brindados.

Sus derechos de información (BAAXTEN tiene el derecho de revisar su solicitud en cuanto a su información. Algunas veces no podremos complacerlo de acuerdo a su solicitud, PERO le proveeremos con una explicación si esto sucede.):

- Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted a una forma especifica.
- Usted tiene el derecho de pedir cambios o correcciones a su información.
- Usted tiene derecho a pedir acceso a su información.
- Usted tiene derecho a pedir que se excluya alguien en particular, de no tener acceso a su información.
- Usted tiene derecho a pedir cierta información que nosotros tenemos.
- Usted tiene el derecho de someter quejas, si usted esta en desacuerdo en la manera que manejamos su información.

Este es un resumen de nuestro AVISO de Privacidad.

Entendimiento:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor siéntase en confianza de discutir cualquier pregunta o pendiente en cuanto a su información con cualquier miembro de este equipo de Baaxten o el Oficial de Privacidad al (956) 412-2121.

**Main Office:**

2302 S 77 Sunshine Strip, Suite 101, Harlingen, TX 78550

Phone (956) 412-2121

Fax (956) 412-2125