

(Place MR Label Here)

MR#:

Patient's Name:

Patient's Address:



**Autorización para divulgación de información al UAMS
Instituto del cáncer mamografía móvil**

1. Yo, _____, autorizo:

Nombre/instalaciones _____

La dirección completa _____
Dirección de la calle Ciudad Estado Zip

Teléfono _____ Fax _____

2. To release to: **UAMS / Winthrop P. Rockefeller Cancer Institute
4301 West Markham Slot 125
Little Rock, Arkansas 72205
Attn: Mobile Mammography Program
(501) 603-1410
Fax (501) 603-1441**

3. Información de:
Nombre del paciente _____ Médicos grabar # (si se conoce) _____
Fecha de nacimiento y N° de la seg Soc. _____ Teléfono _____

4. La información debe limitarse a los siguientes **Fechas de tratamiento**(si corresponde): _____

5. Información solicitada que se publicará: Resumen Informe operativo Registro de ER
 Historia y física Registro de la clínica Descarga Resumen Registro de admisión
 Películas de mamografía e informes Notas de progreso Otros _____

6. Propósito de la liberación es a petición del paciente o: Pago de seguro u otro
 Comparación Atención médica Otros (explicar): _____

7. Esta autorización caducará 90 días desde la fecha en que fue firmado a menos que especifique un periodo de tiempo diferentes. Evento o fecha de caducidad: _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita. Una revocación de esta autorización no se aplica a discos ya editados en dependencia de la autorización. Una fotocopia de esta autorización firmada constituirá una autorización válida.

8. Entiendo que una vez que se divulga la información anterior, puede ser re-revelada por el destinatario designado y la información ya no puede estar protegida por las leyes federales de privacidad y reglamentos.

9. Tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estará condicionado en su firma esta autorización.

Firma del paciente
o Representante Legal _____ Fecha / Tiempo _____

Si el Representante Legal, autoridad del Representante Legal de _____
(por ejemplo, padre, tutor, administrador de la finca fallecida, abogado en hecho con poder o salud proxy)



Provide a copy to Patient/Legal Representative