

## AUTORIZACIÓN PARA DUPLICACIÓN DE IMÁGENES DIGITALES

Las copias de radiografías se pueden obtener en la Sala de Archivos de Radiología. La autorización del paciente se debe dar por escrito. Si tiene preguntas, llame al 631-638-0649; fax-631-638-0643.

**\* ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR FIRMADO PARA QUE SEA PROCESADO \***

### A LLENAR POR EL PACIENTE:

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FACTURAR A NOMBRE DE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TIPO DE RADIOGRAFÍAS: \_\_\_\_\_ FECHA DEL EXAMEN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FECHA DEL EXAMEN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FECHA DEL EXAMEN: \_\_\_\_\_

ENVIAR POR CORREO A: \_\_\_\_\_ ¿La recogerá?  Sí  No

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RECIBIDAS \_\_\_\_\_ COPIAS FIRMA DEL DESTINATARIO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**COMPRENDO QUE EXISTE UN CARGO DE \$11 POR CADA CD.  
NOTA: ALGUNOS EXÁMENES REQUIEREN VARIAS PELÍCULAS DE \$11 CADA UNA.**

**Tenga en cuenta que no se duplicarán estudios sin su autorización.**

Nº DE PACIENTE 1146084 \_\_\_\_\_ Nº de historia clínica: \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Este mensaje tiene la única finalidad de ser usado por la persona o entidad a quien está dirigido y podría contener información privada, confidencial o exenta de divulgación conforme a las leyes pertinentes. Si la persona que recibió este mensaje no es el destinatario deseado o el empleado o agente responsable de la entrega del mensaje al destinatario deseado, por medio del presente se le notifica que está estrictamente prohibido divulgar, distribuir o copiar esta comunicación.

**Todo pago se debe realizar a la orden de la oficina comercial de University Hospital.**