

WESTMED MEDICAL GROUP RADIOLOGY DEPARTMENT
2700 Westchester Avenue
Purchase, NY 10577
PHONE: 914-682-6416

Solicitud de Liberación de Material de Radiología

Nombre Del Paciente: _____

Paciente Fecha de Servicio: _____

Paciente Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Solicitud : _____

Nombre de la Institución de la Mamografía Anterior: _____

Número de Teléfono del Departamento de Radiología: _____

Información de Contacto de la Persona que esta Llenado este Formulario:

Por la presente solicito que el Departamento de radiología libere imágenes de mamografía, y envíe un reporte al grupo médico WESTMED Medical Group.

A la siguiente direccion: WESTMED Medical Group
Attn: HIM Dept.
2700 Westchester Avenue – 2nd. Floor
Purchase, NY 10577

Numero de Telefono: 914-682-6416

Para ser leída y firmada por el paciente:

Entiendo lo siguiente:

- a. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito a la práctica.
- b. Yo no podre revocar esta autorización si la práctica ya ha tomado acción utilizando esta autorización o si la autorización estaba obteniendo cobertura de seguro.
- c. La práctica no condicionará el tratamiento basado en mi firma de esta authorization.
- d. Estoy firmando esta autorización libremente y bajo ninguna presión de cualquier persona para hacerlo.
- e. La información divulgada en esta autorización puede estar sujeta a revelación por la práctica y ya no está protegida por la ley federal.
- f. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entender la intención de su uso..

Firma del paciente/designado

Fecha