



Assured Imaging
Office Headquarters:
 7717 N. Hartman Lane, Tucson, AZ 85743
 Phone: 888.233.6121 Fax: 520.572.7138

Attn: _____ Fax: _____ Date: _____

Nombre del Paciente: _____ Apodo: _____
 (Escrito) (Nombre Anterior)

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR REGISTROS MEDICOS:

Yo, _____ si se requiere, doy permiso para revelar mi registro medico

Para Assured Imaging Women's Wellness, LLC Y / O De Assured Imaging Women's Wellness, LLC

NOTA: Será necesario obtener y presentar todos los registros e imágenes anteriores relatados al procedimiento hecho por Assured Imaging Women's Wellness antes del examen. Siendo paciente, entiendo la importancia y haré todo lo posible para obtener esta información. También comprendo que este examen se interpretará y se evaluará como si fuera por primera vez si no presento la información requerida. Entiendo también que mis registros médicos pueden ser enviados por correo o por fax. Doy libertad a Assured Imaging Women's Wellness de toda responsabilidad por el manejo de mis registros médicos.

Si usted, (el paciente) pide imágenes, CD de sus imágenes, o copia de su informe y no puede recogerlos, favor liste a dos personas que usted autorice, en recoger su información.

Primera Segunda
 Persona: _____ Persona: _____

X _____ Fecha: _____ **X** _____ Fecha: _____
 Firma-Paciente, Padre, Madre Guardián Legal Firma del Testigo

Please send the above patient's imaging and reports to:

Assured Imaging Women's Wellness, LLC
Attn: Medical Records
7717 N. Hartman Lane
Tucson, AZ 85743

If you find you do not have imaging for this patient, please contact our Medical Records department:

Phone: 888.233.6121 or Fax: 520.572.7138